Nr. 48. 30. listopada 1924. Rok III.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. Zdzisław GORECKI, asyst. klin. Warszawa.

Badania nad rozmieszczeniem tłuszczów w morfotycznych składnikach wysięków i przesięków jam surowiczych.

Z I-ej Kliniki Chorób wewnętrz. Uniw. Warsz.
Dyrektor: Prof. Dr. A. Gluziński.

Doniesienie tymczasowe.

Przy ogromnem bogactwie literatury światowej, dotyczącej morfotycznego obrazu osadu płynów z jam surowiczych, rzadko spotykamy prace, odnoszące się do badań nad zmianami, jakim podlegają poszczególne komórki.

Quincke (1882), jeden z pierwszych, zdaje się, omawiał morfotyczny obraz płynów przesiękowych. Autor ten, podkreślając charakterystyczne dla przesięków bogactwo komórek przybłonkowych, mówi o ich zwyrodnieniu, wyrażającem się w postaci ziarenek, którym przypisuje bądźto białkową, bądź tłuszczową naturę, zależnie od załamywania światła. Letulle (1884 i 1885), przy omawianiu płynów zmleczonych, przypisuje wygląd ich tłuszczom i ciałom białkowym, powstałym z rozpadu komórek, pierwotnie tworzących płyn ropny. E. Korczyński (1896), który pierwszy zwrócił uwagę na częstą limfocytozę wysięków surowiczych, mówi tylko o obecności wakuoli, w niektórych, wielojądrzastych leukocytach. S. Muttermilch (1901) używając sudanu III. do barwienia osadu z płynów zmleczonych, obfitujących w domieszkę mlecza znalazł w leukocytach wielojądrzastych zabarwione ziarenka tłuszczu, przyczem przypisuje komórkom, w tym przypadku, rolę fagocytozy. Jedynie też u Muttermilcha znalazłem dane, dotyczące barwienia tłuszczów w osadach płynów, choć wogóle znanem jest dodawanie sudanu do płynów zmleczonych, i następne oglądanie ich pod drobnowidzem, jednakże nie w celu zbadania morfotycznych elementów, lecz tylko nader drobnych ziarenek, wywołujących zmleczenie.

Nad zwyrodnieniem komórek płynów przejrzystych pracował Königer, który podaje, że wielojądrzaste leukocyty w płynach pochodzenia gruźliczego ulegają zwyrodnieniu, przyczem kurczą się i przypominają limfocyty, natomiast w płynach surowiczych innego pochodzenia wspomniane komórki pęcznieją i wykazują wakuole (podobnie, jak to opisuje E. Korczyński). Sahli (1920) podkreśla, że nad płynami ropnemi pod względem cytologicznym nie pracowano; stwierdził on, że gruźlicza ropa wykazuje zupełny rozpad komórek (zu körnig fettigem Detritus), ropa zaś innego pochodzenia cechuje się obojętnochłonnemi komórkami, napęczniałemi i barwiącemi się słabo.

Z powyższego zestawienia, w którem nie uwzględniłem tylko luźnych wzmianek o »zwyrodnieniu«, widać, że sprawa rozmieszczenia tłuszczów w morfotycznych elementach płynów nie była poddana systematycznemu badaniu. Na bardziej szeroką skalę rozwinięto badania nad płynami zmleczonemi, o czem wspominałem wyżej, co jednak nie wchodzi w zakres niniejszej pracy ([1]). Być może, że na przeszkodzie temu stał brak odpowiedniej techniki barwienia. Do moich badań zastosowałem własne postępowanie barwienia zapomocą sudanu III. i Scharlach — R., z następowem podbarwianiem za pomocą błękitu metylenowego ([2]). W sprawie szczegółów tego postępowania odsyłam czytelnika do wspomnianej pracy, tu dodam jedynie, że barwiłem preparaty wysuszone, nieutrwalone. Prócz tego barwiłem je także metodą Pappenheima-Giemsy.

Wynik badań moich, przeprowadzonych na płynach rozmaitego pochodzenia, przedstawia się następująco:

Komórki wielojądrzaste, obojętnochłonne: w płynach surowiczych (wysiękach i przesiękach) mogą zawierać tłuszcz, barwiący się sudanem. Ilość komórek, zawierających tłuszcz, wzmaga się równolegle do: 1) długości czasu trwania płynu, 2) ilości elementów morfotycznych w płynie, 3) obfitości komórek obojętnochłonnych. Tłuszcz w rzeczonych komórkach znajduje się w postaci drobnych ziarenek, lub kuleczek rozmaitej wielkości, dostrzegalnych systemem suchym (objektyw DD, okular 4, Zeiss) wyraźnie widzialnych jednak przy użyciu immersji (1/12, okular 4, Zeiss). Kulki te barwią się od jasno-żółtego do czerwonego koloru, przeważają żółto-pomarańczowe, a rozmieszczone są tylko w zarodzi komórki, ewentualnie ponad jądrem, nigdy jednak w samem jądrze. Ilość tych tłuszczowatych kuleczek waha się od pojedynczych, bardzo drobnych ziarenek, aż do tak znacznej obfitości, że tworzą one gęste ziarnistości.

Komórki, posiadające tłuszcz, podzielić można na dwie grupy: pierwszą tworzą elementy o wyraźnych konturach, dobrze barwiącem się jądrze, zawierające zazwyczaj mierną ilość kulek tłuszczu, rzadziej znaczniejszą, ale i wówczas kulki te są zupełnie od siebie odosobnione. Do drugiej grupy należą komórki o konturach mniej wyraźnych, rozpadające się nieraz, o jądrze słabo barwiącem się, jakby napęczniałem. Tu kulki tłuszczu dochodzą nieraz do znaczniejszych rozmiarów; czasem cała zaródź przybiera jakby żółtawy odcień, co widuje się jednakowoż rzadziej. Niektóre z tych komórek, prócz kulek tłuszczu, zawierają ziarnistości, nie barwiące się sudanem.

W płynach ropnych, pochodzenia gruźliczego, obraz jest taki, jakim przedstawił go Sahli. Przy barwieniu sudanem ziarnista, bezpostaciowa miazga nie wykazuje obecności tłuszczu w ilości takiej, jakiej możnaby było spodziewać się, na podstawie obrazu niebarwionego preparatu. Ogromna większość ziarenek nie barwi się sudanem, ani innemi barwikami, które z trudnością przyjmuje. Kulki i ziarenka zabarwione są porozrzucane po całym preparacie, niezależnie od ewentualnie zachowanych elementów.

Komórek eozynochłonnych i tucznych (Ehrlich'a) w moich przypadkach nie widziałem.

Komórki limfocytarne: w żadnym płynie nie zawierały ani ziarenek, barwiących się sudanem, ani też nie przybierały żółtego odcienia. Ponieważ te komórki silnie się barwią błękitem metylenowym, przeto oglądałem preparaty, nie podbarwione tym barwikiem; i w tych także przypadkach nie mogłem wykryć śladu tłuszczu, barwiącego się sudanem.

Podobnie też zachowywały się monocyty i limfocyty duże.

Komórki przybłonkowe, obfite w płynach pochodzenia mechanicznego i nowotworowego, przedstawiały nader charakterystyczne zmiany. Rzadko można było widzieć komórki te bez znamion tłuszczowych, jeśli się zaś zdarzały, wówczas barwiły się dobrze błękitem metylenowym; posiadały wyraźne kontury i ciemno-błękitne jądro. Wszystkie inne komórki cechowała odwrotna proporcjonalność nasilenia przyjętego barwika zasadowego i sudanu. Widywałem tu elementy, skupione w grupy (placards), o zarodzi barwiącej się wprawdzie niebiesko, ale z odcieniem żółtawo-zielonawym. Inne komórki wykazywały rozmaitej wielkości ziarna i kulki, w rozmaitych odcieniach zabarwione sudanem, w których przeważała barwa żółtawo-pomarańczowa. Niekiedy mogłem odróżnić słabo zabarwione, napęczniałe jądro, a naokoło niego ugrupowane wspomniane ziarenka tłuszczu, przyczem

[1]) Z. Gorecki: Zmleczone płyny jam surowiczych — Pol. Arch. Med. Wewn. T. II. Z. 1.

[2]) Z. Gorecki: Szybki sposób barwienia zapomocą Sudanu III. dla celów klinicznych. Polska Gazeta Lekarska. Nr. 20/21. 1924.

z wielkim trudem udawało mi się wykrywać ślady pierwoszcza bez zachowanych konturów.

Krwinki przybierały zabarwienie zielonkawo-niebieskie (bł. metyl.), o ile były wyługowane, w przeciwnym razie miały wygląd żółtawo-pomarańczowy w całości i bez granulacji. Tego zabarwienia sudanem nie należy odnosić do obecności tłuszczów i ciał tłuszczowatych, ale do odrębnego mechanizmu barwienia tym barwikiem innych ciał, przypuszczalnie natury białkowej, jak to uzasadnialiśmy razem ze Słonimskim ([3]). Ze wspomnianych badań naszych podnieść też należy, że podobne zachowanie się wykazywały też i ziarnistości eozynochłonne we krwi. Bardzo drobne ziarenka sudanofilne w obojętnochłonnych, wielojądrzastych komórkach krwi otrzymywaliśmy dopiero przy zastosowaniu zmienionej nieco techniki barwienia.

W uwzględnieniu wspomnianych naszych badań, odnoszących się do krwi, podnieść trzeba, że morfotyczne elementy płynów wykazywały różnice zachowania się, dotyczące tylko komórek wielojądrząstych, obojętnochłonnych (po wykluczeniu, oczywiście, komórek przybłonkowych). Zdaje mi się, iż badania moje upoważniają mnie do potwierdzenia doświadczeń Muttermilcha nad fagocytozą wielojądrzastych leukocytów w przypadkach, zaliczonych do grupy pierwszej. Muttermilch miał jednak do czynienia z płynem, zawierającym domieszkę mlecza, w moich zaś przypadkach wykazać mogłem zupełnie wyraźnie obecność kulek i ziarenek tłuszczu, barwiących się sudanem, w każdym płynie surowiczym, co jest w zgodzie z poprzedniemi mojemi badaniami nad zawartością tłuszczów i cholesteryny w rozmaitych płynach jam surowiczych ([4]).

Uderzającem jest, że w płynach surowiczych, wyraźniej jednak ropnych, kulki tłuszczu znajdowały się w wielojądrzastych leukocytach, niewątpliwie zwyrodniałych, rozpadających się. Komórki te zaliczyłem do grupy drugiej. Zachowaniem swojem zbliżają się one bardzo do komórek przybłonkowych, którym jednak nie ośmieliłbym się przypisać zdolności fagocytozy tłuszczów.

Sprawę pochodzenia tłuszczów w rozpadających się komórkach można tłómaczyć dwojako: chodzi tu albo o nacieczenie obumierających komórek, a zatem o proces bierny i egzogenny, albo też tłuszcze (względnie lipoidy), znajdujące się w tych komórkach, zostają wyzwolone podczas procesu rozpadu pod wpływem zaczynów komórkowych, lub pozakomórkowych (tłuszcz endogenny). Fakt, że wszystkie komórki zawierają kwasy tłuszczowe w połączeniach lipoidowych, które są związane, mniej lub więcej silnie, z białkiem komórki — jest ogólnie znany. Wacker i Huck podają nawet dane o cholesterynie, którą komórki białe mają zawierać w pięciokrotnej ilości, w porównaniu do krwinek.

W tym względzie nie śmiem przypisywać większego znaczenia spostrzeżeniu, że pierwszym niejako stopniem, prowadzącym do rozpadu komórki, jest żółtawe zabarwienie pierwoszczy w całości, co spotkałem szczególnie pięknie wyrażone w komórkach przybłonkowych. Powyższy objaw stwierdzić też mogłem i w osadzie moczu, choć ten ostatni ciał tłuszczowych nie zawiera, względnie w ilości nieznacznej. Świadczyłoby to o komórkowem pochodzeniu ciał tłuszczowych, barwiących się sudanem.

Powstrzymuję się tu od interpretacji jakości ciał, barwiących się sudanem, — od interpretacji, opartej na barwnej skali, którą spotykamy przy tem barwieniu, choć pewne i dokładne poznanie ciał tych mogłoby nam dać niejedną wskazówkę, co do procesów chemicznych, jakim podlega komórka. Powstrzymuje się zaś dla tego, że wydaje mi się, iż odcień ziarenek zabarwionych zależeć może, w pewnym stopniu, i od techniki barwienia, a zwłaszcza od stężenia barwika, który, w zastosowaniu mojego sposobu, doprowadzony jest ad maximum.

Pragnę zaznaczyć jeszcze, że zastosowanie błękitu nilu do barwienia suszonych preparatów dało mi wynik ujemny, o tyle, że wszystkie morfotyczne elementy jednakowo chciwie chwytały ten barwik, przyczem w żadnym przypadku nie otrzymałem zabarwienia czerwonego, które ma być właściwe tłuszczom obojętnym, zawierającym nienasycone kwasy (kwas oleinowy).

Zupełna niebarwliwość limfocytów sudanem III., o czem dotychczas nie znalazłem w dostępnem mi piśmiennictwie wiadomości, rzuca ciekawe światło na te komórki. Mimowoli przychodzi na myśl współudział ich w trawieniu tłuszczów; limfocytoza płynów w gruźlicy; analogiczne pod tym względem zachowanie się krwi w pewnych postaciach tegoż schorzenia; doświadczenia Bergel'a nad stosunkiem limfocytów do lipolyzy, oraz zagadnienia, dotyczące lipodierezy (Roger i Binet), nie mówiąc już o znaczeniu cytologji płynów (F. Korczyński, Winiarski, Widal i Ravaut, Lewkowicz, Wilczyński, Rzętkowski, Ettinger, Janowski i in.).

Wiele tych spraw niewyjaśnionych, a mogących mieć znaczenie dla patologji i kliniki, czeka na rozwikłanie. W dalszych, już rozpoczętych, badaniach starać się będę choć w części do tego przyczynić.

---

[3]) Z. Gorecki i P. Słonimski: Barwienie krwi zapomocą sudanu III. — Posiedzenie Tow. Biol. pol. Oddz. Warsz. dnia 5 czerwca 1924 i Med. dośw. i społ. (w druku).

[4]) Z. Gorecki: Pol. Gaz. Lek. Nr. 43. 1923., nadto Pol. Arch. Med. Wewnętrznej. T. I. Z. 4., oraz Revue de Méd. 1924. (w druku).

Dr. LASKOWNICKI Stanisław, asystent kliniki. Lwów.

Znieczulenie miejscowe w urologji.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu J. Kazimierza. Dyr. prof. dr. H. Schramm i z oddziału urologicznego szpitala powszechnego we Lwowie. Prym. dr. Z. Leńko.

Wyższość operowania w znieczuleniu miejscowem nad operowaniem w narkozie ujawnia się bardzo wyraźnie w przypadkach schorzeń narządu moczowego, z następowem samozatruciem ustroju produktami wydzielniczymi (azothaemia). Osobniki z ciężkiem schorzeniem jednej nerki względnie ze schorzeniem mniej lub więcej ciężkiem nerek obu, a co zatem idzie z upośledzeniem czynności wydzielniczej tychże, są mało odporne na urazy i różne zewnętrzne wpływy szkodliwe. Mało odporni są również ludzie, z długotrwałem zatruciem organizmu przez składniki moczu, z powodu przewlekłych trudności w jego oddawaniu (*hypertrophia prostatae*) U chorych tych upośledzeniu czynności nerek i ciężkiemu stanowi ogólnemu z powodu zatrucia, towarzyszy często niedomoga mięśnia sercowego, będąca następstwem pośredniem właściwej choroby.

Ci chorzy znoszą kiepsko narkozę eterową, są skłonni do zapaleń płuc i innych powikłań pooperacyjnych, ulegają też łatwiej niż inni chorzy zapaści (Shoc) wśród operacji. Zadaniem naszem w tych przypadkach powinno być zmniejszenie niebezpieczeństwa zabiegu; uzyskać to możemy przedewszystkiem przez usunięcie narkozy eterowej, kryjącej w sobie równie duże, a czasem i większe niebezpieczeństwa, niż sam zabieg. Drugim warunkiem, zmniejszającym niebezpieczeństwo operacji, jest umiejętnie wykonane i udane znieczulenie miejscowe, chroniące chorego przed zapaścią, która może wystąpić wśród operacji odruchowo z powodu silnego bólu przy takich rękoczynach, jak wydobywanie nerki z głębi, pociąganie za nerkę, podwiązywanie jej naczyń i t. p. W przypadkach, gdzie usunąć mamy chorą nerkę, kryje w sobie narkoza eterowa niebezpieczeństwo dla nerki pozostałej i tak już pracą przeciążonej; niebezpieczeństwo to jest o wiele większem w przypadkach, gdzie pozostająca nerka nie jest zupełnie zdrową, jak to się często przy gruźlicy nerek zdarza.. Znane są przypadki podrażnienia pozostałej nerki eterową narkozą (Kappis) z następowem ostrem zapaleniem nerki i bezmoczem, sprowadzającym śmierć chorego.

Dlatego też dziś przeważna część urologów operuje tylko w znieczuleniu miejscowem, unikając narkozy z powodu niebezpieczeństw, jakie ona za sobą pociąga. Wprawdzie operowanie w narkozie eterowej jest może wygodniejszem, znieczulenie miejscowe jest często uciążliwe, wykonanie zaś umiejętne niektórych znieczuleń (jak n. p. znieczulenia przykręgowego) wymagające wiele cierpliwości i wprawy ze strony lekarza, połączone jest pozatem z pewną stratą czasu, pomimo tego jednak ze względu na korzyści, jakie przedstawia to

ostatnie, powinno być w zabiegach na narządzie moczowym zasadniczo stosowane.

Przedstawię poniżej sposoby znieczuleń przy operacjach, wykonywanych na narządzie moczowo-płciowym, używane na naszej klinice i na oddziale urologicznym lwowskiego szpitala powszechnego, gdzie dzięki uprzejmości J. W. P. prymarjusza Leńki miałem sposobność wykonać szereg znieczuleń.

Nerka.

Kwestja zaopatrzenia nerki w nerwy czuciowe jest dziś dzięki pracom Kappisa, Legueu'go i Flandrina kwestją wyjaśnioną. Podręczniki anatomji uczą nas, że w unerwieniu nerki biorą udział nerw błędny i nerw współczulny, a mianowicie część tego ostatniego, zwana nerwem trzewiowym większym i mniejszym.

Nerw błędny przed zaopatrzeniem żołądka w gałązki nerwowe tworzy na krzywiźnie małej w połączeniu z nerwem współczulnym splot żołądkowy, a właściwie tworzy dwa sploty: przedni, utworzony przez nerw błędny lewy, i splot żołądkowy tylny, utworzony przez nerw błędny prawy. Z tylnego splotu odchodzą gałązki nerwowe do splotu brzusznego (*plexus coeliacus*), skąd idą dalej do nerki i nadnercza.

Nerw trzewiowy większy i mniejszy jest utworzony z gałązek łączących (*rami communicantes*) nerwów rdzeniowych Th_5, względnie Th_6 do Th_{12}, względnie L_1. Gałązki łączące wychodzą z odpowiednich nerwów rdzeniowych, idą do odpowiedniego zwoju współczulnego, przechodzą przezeń i łącząc się ze sobą w gęstą sieć tworzą leżący na bocznych powierzchniach trzonów kręgowych nerw trzewiowy większy (Th_5—Th_9) i nerw trzewiowy mniejszy (Th_{10}—Th_{12} względnie L_1). Oba te nerwy tworzą trzy sploty współczulne:

1) splot brzuszny, w którym bierze udział także i nerw błędny (*pl. coeliacus* — unerwienie żołądka, dwunastnicy, wątroby i śledziony).

2) splot trzewiowy wyższy (*pl. mesentericus sup.* —unerwienie jelita cienkiego, ślepego, okrężnicy wstępującej i poprzecznicy).

3) splot nerkowy (*pl. renalis*—unerwienie nerki). Ze splotu nerkowego odchodzą gałązki nerwowe, biegnące wzdłuż naczyń nerkowych do nerki.

Badania Kappisa wykazały, że czucie nerki zależy tylko od nerwu współczulnego, nerw błędny zaś zdaje się być li tylko nerwem wydzielniczym. Legueu i Flandrin są również tego samego zdania i wykazują udział zwłaszcza nerwu trzewiowego mniejszego (Th_{10}—L_1) w uczuleniu nerki. Nerw trzewiowy mniejszy przechodzi bardzo często wprost do splotu nerkowego (12 razy na 24 wedle badań, dokonanych na zwłokach przez tych autorów), omijając w zupełności splot brzuszny, względnie dzieli swe gałązki końcowe między splot brzuszny i nerkowy (9 razy na 24); z drugiej strony zdarza się jednak choć rzadko, że nerw trzewiowy mniejszy nie bierze zupełnie udziału w unerwieniu nerki, tworząc w całości splot trzewiowy wyższy.

Jak widzimy z tego uczucie bólu nerki dochodzi do naszej świadomości za pośrednictwem nerwów współczulnych, biegnących wzdłuż naczyń nerkowych przez splot nerkowy do splotu brzusznego, stąd zaś za pośrednictwem nerwów trzewiowych przez gałązki łączące odpowiednie nerwy rdzeniowe do centralnego systemu nerwowego. Aby więc móc bezboleśnie wykonać zabieg na nerce musimy znieść przewodnictwo czucia albo w obrębie gałązek łączących nerwy rdzeniowe Th_6—L_1, albo też znieść je w obrębie nerwów trzewiowych z dodaniem znieczulenia mięśni i skóry.

Wedle Kappisa czucie otoczenia nerki, tłuszczu okołonerkowego, otrzewnej ściennej, dolnej części tylnego odcinka przepony zależy mniej więcej od nerwów rdzeniowych Th_{11}—L_2, te same nerwy zaopatrują w tem miejscu mięśnie i skórę; wystarczy więc znieść przewodnictwo gałązek łączących Th_8—L_1, jeżeli mamy wykonać zabieg na samej nerce; o ile wykonujemy zabieg na górnej części moczowodu należy jeszcze zblokować nowokainą gałązki łączące odcinek rdzeniowy L_2 i L_3.

Pomimo umiejętnie wykonanego znieczulenia przykręgowego zdarza się, że wydobywanie nerki na wierzch, pociąganie za nią jest bolesne, co Kappis tłómaczy tem, że pociągnięciu ulegają nietylko naczynia nerkowe, lecz także aorta i jej otoczenie, co wywołuje bolesność. Legueu i Flandrin przekonali się, że często jeden splot nerkowy łączy się zapomocą gałązek, biegnących na przedniej ścianie aorty, ze splotem nerkowym przeciwnej strony (6 razy na 24); przypuszczam, że to raczej jest przyczyną bolesności zabiegu od czasu do czasu.

Przykręgowe znieczulenie Kappisa wykonujemy w ten sposób, że staramy się znieść przewodnictwo czucia przez obstrzykanie 10 cm³ 1% RNS miejsca tuż przy trzonie kręgu, w którem po zlaniu się korzonka rdzeniowego przedniego z tylnym w pień nerwowy (rdzeniowy) odchodzi gałązka łącząca od odpowiedniego zwoju współczulnego. Miejsce to znajduje się poniżej odpowiedniego wyrostka poprzecznego kręgu ku środkowi t. j. ku trzonowi kręgu. Trafienie samego miejsca połączenia się nerwów jest dość trudne, wystarcza jednak napojenie okolicy t. j. przestrzeni, leżącej między wyrostkiem poprzecznym a trzonem kręgu, aby uzyskać zniesienie przewodnictwa w gałązce grzbietowej (skóra, mięśnie) i trzewiowej (nerka i jej otoczenie) nerwu rdzeniowego. Zabieg ten powtarzamy 8 razy (Th_8—L_3), znieczulając gałązki odpowiednich odcinków.

Läwen znieczula tylko gałązki odcinków Th_{12}—L_3 i dodaje obstrzykanie podskórne i podpowięziowe pola operacyjnego w kształcie rombu.

Znieczulenie przykręgowe jest niebezpieczne. Niebezpieczeństwo tego znieczulenia polega na możliwości wstrzyknięcia nowokainy do jednego z licznych splotów żylnych, otaczających kręgosłup, lub do worka oponowego przez otwór międzykręgowy. Znieczulenie to zostało w ostatnich czasach z powodu licznych przypadków śmierci prawie zupełnie zarzucone.

Na klinice naszej stosowaliśmy wobec tego znieczulenie nerwów trzewiowych sposobem Kappisa lub Roussiela po jednej stronie (30—35 cm³ 1% RNS wstrzykniętego na boczne powierzchnie trzonu kręgowego) i obstrzykanie podskórne i podpowięziowe pola operacyjnego (30—40 cm³ ½% RNS). Znieczulenie tym sposobem dawało nam dobre wyniki.

Najpewniejszym jednak i najbardziej polecenia godnym jest sposób Brauna (poleca go w ostatnich czasach także i Kappis), który przez dokładne napojenie roztworem nowokainy okolicy zanerkowej i zaotrzewnowej dość pewnie chroni nas przed zawodami, przyczem nie jest wcale niebezpiecznym.

Sposób ten polega na znieczuleniu odpowiednich nerwów międzyżebrowych w linji pachowej tylnej (od 8-ego do 11-ego) 10 cm³ ½% RNS. Z dwu punktów jednego tuż poniżej 12-ego żebra, drugiego tuż powyżej grzebienia kości biodrowej na zewnętrznym brzegu mięśnia krzyżowo-biodrowego (*m. sacrospinalis*) napaja się następnie okolicę zanerkową 75 cm³ ½ roztworu nowokainy ze suprareniną zapomocą długich 12 cm igieł, wstrzykując prostopadle w głąb. Znieczulenie to jest łatwe i nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa. Dawka nowokainy jest bardzo mała.

Obecnie stosujemy zwykle znieczulenie sposobem Brauna. Znieczulenie nerwów trzewiowych sposobem Kappisa lub Roussiela (po jednej stronie) i obstrzykanie powłok stosujemy tam tylko, gdzie nie można wykonać nastrzykania przestrzeni zanerkowej n. p. w przypadkach wodonercza lub powiększenia nerki tak znacznego stopnia, że zachodzi obawa nakłucia jej przy znieczulaniu i zakażenia pola operacyjnego.

Moczowód.

Górna część moczowodu zostaje znieczulona wraz z nerką (L_2 i L_3), miednicowa część wchodzi w zakres znieczulenia lędźwiowego lub lędźwiowo-krzyżowego.

Pęcherz.

Co do unerwienia pęcherza to jeszcze do dziś dnia nie wiemy pewnie, jaką drogą uczucia bólu pęcherza dochodzą do naszej świadomości. Kwestją tą zajmuje się obszernie Müller w swej monografji o układzie współczulnym.

Unerwienie pęcherza wedle Müllera przedstawia się następująco:

Z obu stron w okolicy ujść moczowodowych leży splot

pęcherzowy, rozprzestrzeniając się szeroko w formie gęstej sieci nerwów na tylnej ścianie pęcherza.

Splot ten otrzymuje gałązki 1) z nerwów krzyżowych S_3 i S_4, które przed połączeniem się w splot krzyżowo-biodrowy oddają gałązki, biegnące pod nazwą nerwów miednicowych *(nn. pelvici)* do pęcherza.

2) do splotu pęcherzowego dochodzą nerwy współczulne biegnące parzysto na przedniej ścianie kości krzyżowej ze splotu współczulnego aorty (*plexus aorticus*), leżącego przed aortą na wysokości III. i IV. kręgu lędźwiowego i ze splotu trzewiowego dolnego (*plexus mesentericus inf.*). Nerwy te łącząc się ze sobą w sieć biegną na przedniej ścianie aorty i tworzą w wysokości promontorium splot podbrzuszny górny (*plexus hypogastricus sup.);* tu rozdzielają się na dwie części, lewą i prawą i biegną na przedniej powierzchni kości krzyżowej do splotu pęcherzowego odpowiedniej strony tworząc po drodze splot podbrzuszny dolny *(pl. hypogastricus inf)*.

3) wreszcie dochodzą do splotu pęcherzowego gałązki nerwowe z krzyżowej części nerwu współczulnego łącząc się z nerwami miednicowemi i ze splotem podbrzusznym dolnym w gęstą sieć nerwową *(in ein für das menschliche Auge und menschlichen Verstand unentwirrbares Geflecht* — pisze Müller).

Mamy więc dwa odrębne centra nerwowe dla pęcherza jedno w rdzeniu krzyżowym *(nn. pelvici)*, drugie w górnej części rdzenia lędźwiowego, zkąd otrzymują gałązki łączące splot aorty i splot trzewiowy dolny.

Którędy biegną drogi czuciowe — kwestja ta jest niezmiernie ważna jeżeli chodzi o wybór znieczulenia.

L a n g l e y przypuszcza, że uczucie bólu dochodzi do naszej świadomości tylko za pośrednictwem nerwów miednicowych. Tego samego zdania są F r ö h l i c h i M e y e r.

M ü l l e r przyłącza się raczej do przypuszczenia B u d g e'go, że uczucie bólu zostaje przewodzone częściowo t a k ż e i d r o g ą u k ł a d u w s p ó ł c z u l n e g o (splot trzewiowy dolny) — dodaje jednak, że w kwestji tej prawie, że nic nie wiemy. Uczulenie szyjki pęcherza i sterczu ma zależeć wedle doświadczeń Fröhlicha i Meyera od *n. pudendus* — a więc od korzonków rdzeniowych S_2 S_3 i S_4 — zdaje się jednak, że i gruczoł krokowy także otrzymuje gałązki współczulne ze splotu trzewiowego górnego.

Próbowałem i ja rozjaśnić te wątpliwości stosując jako znieczulenie przy zabiegach pęcherzowych — znieczulenie powłok w połączeniu ze znieczuleniem krzyżowem.

Do kanału krzyżowego wstrzykiwałem 30, 40 i 50! cm³ 1% roztworu nowokainy ze suprareniną, uzyskując w ten sposób przerwanie przewodnictwa czucia mniej więcej we wysokości odcinka rdzeniowego L_5—S_1 (Härtel).

Nie uzyskałem nigdy znieczulenia zupełnego w zabiegach takich jak wyjęcia sterczu, częściowe wycięcie ściany pęcherza, wszczepienie moczowodu i doszedłem do przekonania, że ten sposób znieczulania do zabiegów na pęcherzu się nie nadaje.

Pomimo, że nie stwierdziłem żadnych nienormalności w budowie kości krzyżowej i pomimo, że znieczulenie krzyżowe nie przedstawiało żadnych trudności, stwierdziłem wielokrotnie bolesność przy odsuwaniu otrzewnej ściennej z pęcherza, i silną bolesność przy wyłuszczaniu sterczu. Świadczyłoby to o tem, że uczucie bólu z pęcherza i sterczu przewodzone zostaje drogą nerwów współczulnych, do splotu trzewiowego górnego, a stąd do górnej części rdzenia lędźwiowego.

Nie wysnuwając żadnych ostatecznych wniosków na ten dziś jeszcze »drażliwy« temat uczulenia pęcherza — ograniczę się jedynie do przedstawienia wyników moich przeszło dwuletnich doświadczeń.

Do wykonania otwarcia pęcherza wystarcza napojenie linji cięcia kilkunastu cm³, ½% RNS; napoić należy również ostrożnie przednią ścianę pęcherza i otrzewną ścienną, przez wstrzyknięcie kilku cm³ płynu pod powięź w kierunku pęcherza.

Celem wykonania bezboleśnie większych zabiegów w pęcherzu, jak wyjęcie sterczu, wycięcie uchyłku, wycięcie i wszczepienie moczowodu koniecznem jest wykonanie znieczulenia lędźwiowo krzyżowego R o d z i ń s k i e g o (4 cm³ 1% RNS znieczulenie lędźwiowe, 30—40 cm³ 1% RNS znieczulenie krzyżowe) lub znieczulenia parasakralnego B r a u n a. To ostatnie polega na napojeniu całej przedniej powierzchni kości krzyżowej 160—220 cm³ ½% RNS. Wykonuje się je z dwu punktów leżących po obu stronach kości ogonowej w wysokości stawu kości ogonowej z kością krzyżową. Wkłuwamy długą igłę (12 cm) i idziemy prostopadle wgłąb ślizgając się po przedniej powierzchni kości krzyżowej. W głębokości 8—9 cm natrafiamy na opór kostny i tu wyszukujemy II-gi otwór kości krzyżowej (*for. sacrale ant.* II.) — w tem miejscu wstrzykujemy 40—50 cm³ ½% RNS wyciągając powoli igłę. Po zupełnem prawie wyciągnięciu igły, wkłuwamy ją po raz drugi zmieniając jej kierunek o kilka stopni ku jamie brzusznej, i w głębokości 10—12 cm staramy się trafić otwór krzyżowy pierwszy — gdzie wstrzykujemy około 40 cm³ nowokainy. Wreszcie 10—20 cm³ wstrzykujemy w okolice otworu krzyżowego 3-ego i 4-ego i na przednią powierzchnię kości ogonowej — poczem ten sam zabieg powtarzamy po przeciwnej stronie. Znieczulenie to umiejętnie wykonane daje dobre wyniki, nie przedstawia żadnych niebezpieczeństw, posiada jednak tę wadę, że jest niezupełnie łatwe.

O wiele prostszem, łatwiejszem i mniej czasu zabierającem jest znieczulenie lędźwiowo-krzyżowe.

Do przeprowadzenia bolesnych cystoskopji doskonałem okazało się znieczulenie krzyżowe polecone do tego celu w 1921 roku przez Lichtenberga i Goldenberga.

Wykonanie cystoskopji u ludzi z gruźlicą pęcherza, gdzie pojemność pęcherza wynosi 20—30 cm³ jest bez znieczulenia niemożliwe. Również nie udaje się wykonać cystoskopji w przypadkach rozlanego zapalenia pęcherza, gdzie najmniejsze próby rozszerzenia pęcherza przez wstrzyknięcie płynu wywołują silne bóle i parcie na mocz. Czasem już samo wprowadzenie cewnika może wywołać silne bóle, tak, że zmuszeni jesteśmy uciec się do znieczulenia, któreby nam umożliwiło zbadanie.

M a r i o n w przypadkach takich używa uśpienia eterowego, K a s p e r poleca wstrzyknięcie do pęcherza 2% roztworu kokainy lub alypiny. Pomijając już niebezpieczeństwo (M a r i o n opisuje przypadek śmierci po wstrzyknięciu 20 cm³ 4%-owej kokainy do pęcherza) stosowania silnie trujących środków, znieczulenie pęcherza zwykle jest niezupełne.

Bóle pęcherza przy zapaleniu pęcherza, owrzodzeniach, a zwłaszcza bóle wywołane gruźliczemi zmianami odnosi Müller nie bezpośrednio do zmian anatomicznych na błonie śluzowej, lecz przypuszcza, że wywołują je »odruchowe skurcze mięśni pęcherza«.

Zaopatrzenie błony śluzowej pęcherza w zakończenia nerwowe czuciowe, któreby pozwalały odczuwać dotknięcie, temperaturę i ból uważa Müller pomimo danych histologicznych za wykluczone. (Wiadomem jest, że lampką cystoskopu można przy nieostrożnem badaniu sparzyć błonę śluzową pęcherza, co wywołuje utworzenie się t. zw. *ulcus cystoscopicum*, bez wywołania wyraźnego uczucia bólu u chorego). Bóle w pęcherzu są spowodowane skurczami mięśni, które wywołuje napełnienie pęcherza i rozciągnięcie jego ścian. Im silniejsze są skurcze mięśni, tem boleśniej je chory odczuwa, zdarza się, że podobnie jak w narządach, zaopatrzonych w mięśnie gładkie okrężne (jelita, moczowód, pęcherzyk żółciowy) przychodzi do silnych skurczów pęcherza, dających obraz bolesnej kolki pęcherzowej.

Przez wstrzyknięcie 30 cm³ 1% roztworu nowokainy z adrenaliną do kanału krzyżowego możemy znieść zupełnie skurcze mięśni pęcherzowych, pęcherz, którego pojemność wynosiła 30 cm³ wypełnić 100—150 cm³ roztworu kwasu borowego i swobodnie wykonać zabieg.

Pozwolę sobie przytoczyć dwa przykłady:

1) Chory z silnym tenesmus, oddaje mętny mocz co 10—15 minut, pojemność pęcherza około 30 cm³; wszelkie próby wypełnienia pęcherza większą ilością płynu są bezowocne. W pół godziny po wykonaniu znieczulenia krzyżowego (30 cm³ 1% RNS) pęcherz dokładnie przepłukano, wypełniono 120 cm³ płynu i zasondowano oba moczowody.

2) Chora ze zmianami gruźliczemi w płucach w 6-ym miesiącu ciąży, oddająca czesto mętny mocz skarży się na silne parcie w pęcherzu. Wprowadzenie cewnika wywołuje

silne bóle, płukanie pęcherza bardzo bolesne, pojemność 25—30 cm³. Po wykonaniu znieczulenia krzyżowego pęcherz wypełniono 150 cm³ płynu, oglądnięto dokładnie oraz zasondowano oba moczowody. W ostatnich czasach, jak to miałem sposobność stwierdzić podczas mego pobytu w Paryżu, stosuje Flandrin na klinice prof. Legueu'go znieczulenie krzyżowe celem bezbolesnego wykonania cystoskoji. Dawka jakiej używa (0·6 nowokainy) jest mojem zdaniem niepotrzebnie za duża i już niebezpieczna; zupełnie wystarczającą jest dawka 0·3 gr. nowokainy w 1% wym roztworze.

Znieczulenie krzyżowe zastosowałem również do wykonania litotrypsji.

U 65 letniego chorego, z ciężkim stanem ogólnym, podwyższeniem ciepłoty, i zapaleniem pęcherza znacznego stopnia (dwa kamienie w pęcherzu, pojemność 20 cm³) udało się po wykonaniu znieczulenia krzyżowego wypełnić pęcherz 120 cm³ płynu i wykonać swobodnie i zupełnie bez bólu litotrypsję. Chory po leczeniu szpitalnem trwającem tydzień opuścił szpital wyleczony.

Samo się przez się rozumie, że w przypadkach, gdzie nierozściągliwość pęcherza powodują rozległe, przewlekłe zmiany anatomiczne w postaci stwardnienia pęcherza *(sclerosis)* oraz przewlekłego zapalenia tkanki około pęcherzowej *(pericystitis chron. fibrosa)*, znieczuleniem krzyżowem niczego nie uzyskamy. W tych przypadkach jednak nie pomoże również nic ani zastosowanie znieczulenia lędźwiowego ani nawet uśpienie eterowe; Marion w takich przypadkach radzi wykonać zasondowanie moczowodów po otwarciu pęcherza celem przeprowadzenia badania czynnościowego nerek. Przypadki, w których po wykonaniu znieczulenia krzyżowego (pół godziny trzeba czekać na znieczulenie!) pęcherz z powodu wyżej przytoczonych zmian anatomicznych nie daje się dostatecznie wypełnić, należą na szczęście do stosunkowo dość rzadkich. Znieczulenie krzyżowe nadaje się również doskonale do zabiegów intrawesikalnych (elektrokoagulacja).

Do znieczulenia części zwisającej prącia wystarcza nastrzykanie okolicy nerwów grzbietowych prącia roztworem 1% nowokainy z dwu punktów u jego nasady kierując igłę i wstrzykując w kierunku ciał jamistych (obustronnie 3—5 cm³ 1% RNS). Znieczulona zostaje zwisająca część prącia wraz z cewką — tak, że w znieczuleniu tem możemy wykonać wszelkie zabiegi na cewce, jak n. p. operacje plastyczne, wycięcie i zeszycie cewki moczowej i t. p. Zabiegi na cewce w okolicy międzykrocza wymagają obstrzykania pola operacyjnego w kształcie rombu ½% RNS.

Wyżej podane sposoby znieczuleń wypróbowane na klinice chirurgicznej, jakoteż na dużym materjale oddziału urologicznego lwowskiego szpitala powszechnego mogę śmiało polecić do dalszego stosowania.

Piśmiennictwo.

1) Härtel. Lokalanästhesie 1920. — 2) Braun. Örtliche Betäubung 1919. — 3) Müller. Das vegetative Nervensystem 1920. — 4) Kappis. Zbl. f. Chir. 1912. S. 249. — 5) Kappis. Zbl. f. Chir. 1918. Nr. 40. — 6) Kappis. Bruns. Beitr. 1919. T. 115. — 7) Kappis. Ztschft f. Urolog. Chir. 1922. Z. VI. — 8) Marion. Journal d'Urologie. 1922. Z. VI. — 9) Boppe-Brouet. Bull. et Mem de la Soc. anat. de Paris. 1923. Z. III. — 10) Marion-Heitz Boyer. Cystoscopie. 1923. — 11) Legueu-Flandrin. Presse Médicale. 1923. Nr. 69. — 12) Lichtenberg i Goldenberg. Zbl. f. Chir. 1921. — 13) Langley: Le systheme nerveaux autonome 1924.

Albin RACINOWSKI. Warszawa.

Przyczynek do etjologji wilka rumieniowatego.

Z oddziału chorób skórnych szpitala św. Łazarza.
Ordynator: R. Bernhardt.

Bakterjologiczno-doświadczalnie sprawa etjologji wilka rumieniowatego już w 1912 r. została rozstrzygnięta: wykazanie prątków gruźliczych (metodą Mucha) w naciekach wilka rumieniowatego oraz dodatnie szczepienia na zwierzętach dostatecznie przekonywują o jego przynależności do gruźlicy.

Jeżeli jednak dane te, poparte wynikami klinicznego badania jak występowanie tego cierpienia u chorych na gruźlicę skóry lub innych narządów, ogniskowe oddziaływanie wykwitów wilka ramieniowatego na tuberkulinę i, odwrotnie, oddziaływanie zmian gruźliczych skóry na wyciąg z tkanki wilka rumieniowatego (Br. Bloch), wreszcie ścisły związek wilka rumieniowatego z gruczołami chłonnemi, przeciwstawić licznym spostrzeżeniom, w których te wyniki wypadły ujemnie, to staje się zrozumiałym jeszcze pewien sceptycyzm niewielu zresztą autorów, którzy, nie odrzucając, wobec oczywistych faktów, możliwości gruźliczego pochodzenia wilka rumieniowatego w jednej grupie przypadków, pragną widzieć w nim odczyn ustroju i na inne czynniki chorobowe w drugiej.

Budowa tkanki wilka rumieniowatego, aczkolwiek dość charakterystyczna, najzupełniej nie posiada cech właściwych zmianom gruźliczym, składa się bowiem, jak wiadomo, w zależności od okresu choroby, z rozlanych zapalno-zwyrodniających i zanikowych zmian naskórka i powierzchownych warstw skóry. Ta odrębność w strukturze histopatologicznej wilka rumieniowatego stanowi bodaj czy nie najważniejszą przeszkodę na drodze do włączenia go do grupy chorób gruźlicy skóry.

Jednakże wobec przewagi dowodów, świadczących na korzyść gruźliczego pochodzenia wilka rumieniowatego, przeszkoda ta nie jest nie do zwalczenia, jeśli się weźmie pod uwagę, że i w pewnych sprawach o niegruźliczej a ustalonej etjologji (trąd, przymiot, sporotrychoza) spotyka się niekiedy obrazy histologiczne, niczem nie różniące się od gruźliczych. Z drugiej zaś strony wiadomo, że i zarazek gruźlicy może wywoływać odczyny tkankowe o budowie anatomicznej, odbiegającej od przyjętego typu; według Aschoff'a zmiany gruźlicze w gruczołach chłonnych rzadko przyjmują postać typowych tworów gruzełkowych z nabłonkowatemi i olbrzymiemi komórkami, Lewandowsky zaś wykazał, że w początkowych okresach gruźlicy skóry zmiany histologiczne, wolne od wszelkich cech swoistości, mają charakter zwykłego zapalenia.

Bardziej bezpośrednią wskazówką na przynależność wilka rumieniowatego do gruźlicy skóry znajdziemy, jeżeli zwrócimy uwagę, że pomiędzy obu sprawami istnieją postaci przejściowe, posiadające cechy kliniczne i anatomo-patologiczne z jednej strony wilka rumieniowatego z drugiej typowej gruźlicy skóry.

Jedną z tych postaci, najbardziej odpowiadającą powyższemu założeniu, jest »*chilblain lupus*« Hutchinsona.

Nawiasem dodać należy, że postać ta, choć etjologicznie pokrewna oraz identyczna co do nazwy z dawniej już znaną postacią »*lupus pernio*« (chilblain = pernio = odmrozina), różni się znacznie od tej ostatniej i klinicznie i w budowie histologicznej.

Szczegółowo scharakteryzowany przez Ehrmanna (Arch. f. Dermat. 1909, 98), »chilblain lupus« był przedmiotem dalszych studjów Gross'a (Derm. Woch. 54) i Fischl'a (Arch. f. Derm. 1921, 136). Klinicznie sprawa ta, w polskiem mianownictwie dająca się określić jako tuberkulid trądzikowato-rumieniowaty, przedstawia się jako umiarkowane obrzmienie i sinicowate zaczerwienienie skóry, miejscami silniej wyrażone w postaci głębszych ograniczonych i nieco łuszczących się nacieków, w których tkwią drobne, mniej więcej wielkości ziarna pieprzu i jaśniejsze od otaczającej skóry guzki, w środku pokryte mocno przylegającym, zgorzelinowatym strupkiem. Nacieki z usadowionemi w nich guzkami mogą leżeć i na niezmienionej skórze. Cierpieniu temu, najczęściej umiejscowionemu na palcach rąk i nóg i występującemu u osób z upośledzonem krążeniem w kończynach, zwykle towarzyszą inne zmiany gruźlicze skóry, jak tuberkulidy trądzikowate, rumień stwardniały Bazin'a, gruźlica gruczołów chłonnych lub innych narządów. W budowie histologicznej, odpowiadającej i wyglądowi klinicznemu, »chilblain lupus« posiada obraz skombinowany, łączy bowiem w sobie zmiany, cechujące wilka rumieniowatego oraz rozmaitej wielkości i rozmaicie umiejscowione ogniska charakterystyczne dla gruźlicy skóry, wzgl. tuberkulidów trądzikowatych. Jako mający znamiona gruźlicy skóry, »chilblain lupus« żywo oddziaływa na małe dawki tuberkuliny i ujawnia

wyraźną skłonność do cofania się przy leczniczem jej stosowaniu.

Z kilkunastu przypadków wilka rumieniowatego, spostrzeganych przezemnie w ciągu ostatniego roku, niżej podany dość jaskrawo unaocznia w swoim przebiegu łączność zmian wilka rumieniowatego z zakażeniem gruźliczem.

H. S., 28 lat, panna. Przed 6-ciu laty była dwukrotnie operowa z powodu ropienia gruczołów lewej okolicy podżuchwowej. W 1922 r. była po raz pierwszy na oddziale szpit. św. Łazarza z objawami typowego, trwającego od 7 lat, **wilka rumieniowatego** (lupus erythematodes discoides), umiejscowionego w postaci charakterystycznych, częściowo w zaniku, częściowo czynnych, nacieków na policzkach, wardze dolnej, małżowinach usznych i w okolicy, z tyłu do nich przyległej, oraz na uwłosionej części głowy. Wykwity wilkowe leczono kwasem węglowym. Po upływie roku chora ponownie zapisała się na oddział 28. XI. 1923 r. Prócz dawnych blizn i świeższych po przyżeganiu nacieków kwasem węglowym, na lewym policzku i na lewym skrzydle nosa, pomiędzy bliznami oraz na łukowatym brzegu blizn za uszami widać nowopowstałe nacieki szaro-różowe, pokryte drobnemi, mocno przylegającemi łuskami.

Niezależnie od tych objawów wilka rumieniowatego istnieje od pięciu miesięcy szereg zmian skóry o wyglądzie zupełnie odmiennym. Skóra powierzchni wyprostnej palców rąk, głównie dwóch pierwszych członeczków, jest koloru sino-czerwonego, nacieczona, zimna, sucha i łatwo przesuwa się nad warstwami głębiej leżącemi. Zaczerwienienie i nacieczenie skóry nie są jednolicie rozlane, lecz posiadają charakter wyraźnie ograniczony, ogniskowy, gdy inne miejsca, zwłaszcza odpowiadające stawom, są koloru niemal normalnego. Nad paznogciami nacieki tworzą dość wydatne, sinawe i gładkie poduszeczki. Na tle tak zmienionej skóry widnieją oddzielne, ułożone bez żadnego porządku guzki, po kilka na każdym palcu; guzki, wielkości przeciętnie ziarna grochu, znacznej spoistości, pokryte w środku mocno przylegającym szaro-żółtym strupkiem. Po oderwaniu strupka widać dość głęboką, krwawiącą jamkę. Niektóre guzki są mocno przypłaszczone i nieznacznie wystają ponad poziom skóry, inne znowu są wolne od strupka i ukazują lekko wgłębioną bliznowatą powierzchnię. Kilka guzków widać i na powierzchni zginającej palców, gdzie skóra otaczająca guzki ma wygląd prawidłowy. Podobne zmiany znajdują się i na palcach nóg, lecz tutaj sino-czerwony kolor skóry zajmuje nietylko w całości palce, lecz i zewnętrzny brzeg stóp aż do pięty, guzki są drobniejsze, mniej wyniosłe, jakby zrośnięte w nacieczoną skórę i lepiej uwydatniają się przy ucisku szkłem, ukazując brunatne zabarwienie. Wreszcie na obu kolanach po 3–4 guzki, otoczone nacieczoną sino-czerwoną skórą. Nad lewym sutkiem, na zewnątrz, szaro-brunatne znamię barwikowe (naevus pigmentosus) o średnicy $2^1/_2$–3 ctm; takież, lecz nieco większe, znamię na zewnętrznej powierzchni prawego podudzia.

Chora wątłej budowy, blada. W narządach wewnętrznych, prócz wydłużonego oddechu w szczytach, zmian niema. W lewej okolicy podżuchwowej dawne, niekształtne blizny. Gruczoły chłonne szyjne, podszczękowe, pachowe i pachwinowe powiększone. Stan bezgorączkowy, tętno 72, miarowe. Odczyn B.-Wass. we krwi ujemny. Formuła krwi: hb 60%, czerw. krąż. 4,100.000, białych ciałek 5.400, limf. m. 35%, limf. d. 7%, wielojądr. 55%, eozynochł. 3%.

Po zastosowaniu 0.001 mg tuberkuliny (A T Kocha) przy ogólnem przekrwieniu skóry całego ciała wystąpił odczyn ogólny (ciepł. 39.4) i wyraźny **odczyn ogniskowy**: gruczoły podżuchwowe obrzmiałe i wrażliwe na ucisk, wykwit na lewym policzku uległ znacznemu zaczerwienieniu i obrzmieniu, nacieki na rękach i stopach zaczerwieniły się i uwypukliły w rozmaitym stopniu. Odczyn po 24—56 godzinach ustąpił.

Do b a d a n i a h i s t o l o g i c z n e g o wyciąłem guzki z palca ręki, z kolana i palucha.

P a l e c r ę k i: Warstwa rogowa zgrubiała, miejscami zatyka dość głęboko wyloty mieszków włosowych, tworząc czopy rogowe. Warstwa ziarnista składa się z 2—3 rzędów prawidłowych komórek. Brodawki obrzękłe. Naczynia w brodawkach, warstwie podbrodawkowej i głębiej leżące są rozszerzone. Dokoła i wzdłuż naczyń rozpościera się zbity naciek, składający się z komórek o jądrach okrągłych, dobrze barwiących się i owalnych. W warstwie komórek kolczastych i części warstwy podbrodawkowej znajduje się ognisko, utworzone z limfocytów, leukocytów wielojądrowych, komórek nabłonkowych oraz bezpostaciowej masy; ognisko to ograniczone jest od góry parakeratotyczną warstwą rogową, od dołu pasem tkanki łącznej i limfocytów i z boków okrzękłemi komórkami sieci Malpighiego. Włókna tkanki sprężystej w skórze właściwej są w stanie zwyrodnienia i zaniku, w brodawkach i warstwie podbrodawkowej częstokroć brak ich zupełnie. Kłębki gruczołów potowych, gdzieniegdzie ułożone w 2—3 piętra, obficie otoczone są delikatną tkanką limfoidalną i ostro odgraniczone od sąsiedniej tkanki łącznej. Naczynia skóry właściwej posiadają ściany zgrubiałe z silnie wyrażonem bujaniem śródbłonka. K o l a n o: Warstwa rogowa znacznie zgrubiała miejscami co do grubości przewyższa warstwę kolczastą, tworząc gdzieniegdzie czopy rogowe. Warstwa ziarnista składa się z 2–5 rzędów wyraźnie zabarwionych komórek. Naczynia są rozszerzone na całej przestrzeni a w warstwie brodawkowej są prócz tego otoczone naciekiem, składającym się z komórek o jądrach okrągłych z przymieszką komórek plazmatycznych. W sieci Malpighiego, warstwie podbrodawkowej i skórze właściwej znajdują się ograniczone ogniska, łączące się w niektórych miejscach wykwitu w jedno duże ognisko, zajmujące przystrzeń od górnych warstw naskórka aż do poziomu głęboko położonych kłębków potowych, a nawet niżej. Budowa ognisk jest niejednolita; w przeważającej ilości składają się one z limfocytów, komórek łącznotkankowych i nabłonkowatych; niektóre ogniska bądź niemal w całości ulegają nekrobiozie, bądź tylko w środku zawierają rozpadową masę i rzadką komórkę olbrzymią na obwodzie. Ogniska, zajmujące warstwę kolczastą, pozostawiają nietkniętemi 1—2 rzędy komórek nabłonkowych, lub też pokryte są wyłącznie warstwą rogową, która w tych razach wykazuje zjawiska parakeratozy, rozpościerającej się nieco i poza granice ogniska. W obrębie ognisk i nacieków brak jest zupełny tkanki sprężystej, w pozostałych miejscach wykwitu tkanka sprężysta ujawnia rozmaite stopnie zwyrodnienia. Gruczoły potowe są albo prawidłowe, albo w miejscach objętych sferą nekrobiozy częściowo lub zupełnie zniszczone. Naczynia krwionośne najniższych warstw skóry wykazują zgrubienie ścian i bujanie błony wewnętrznej. P a l e c n o g i: Zgrubienie warstwy rogowej 3—4-krotne; warstwa ziarnista składa się z 2—3 rzędów prawidłowych komórek. Naczynia brodawek i warstwy podbrodawkowej są rozszerzone i otoczone wzdłuż i dokoła nacieczeniem drobno-komórkowem z dodatkiem nieprawidłowo-wielokątnych i plazmatycznych komórek. W obwodowej części wykwitu na granicy skóry właściwej i tkanki podskórnej oraz w bliskości większych naczyń znajduje się ograniczone ognisko, składające się z bezkształtnej masy, zawierającej gdzieniegdzie szczątki komórek lub luźno leżące jądra. Ognisko otoczone jest pasem limfocytów, komórek łączno-tkankowych i nabłonkowatych. Liczne kłębki potowe miejscami poukładane są w regularne zraziki i otoczone szerokim pasem delikatnej tkanki siateczkowatej o dobrze zabarwionych jądrach. Gruczoły potowe zagarnięte przez ognisko uległy zniszczeniu z pozostawieniem oddzielnych części gruczołu lub grupy komórek. W środku wykwitu nacieki, łącząc się razem, tworzą znaczniejszych rozmiarów komórkowe skupienia, wygładzając sople nabłonkowe i miejscami znacznie zwężając naskórek, w którym warstwa rogowa ujawnia objawy ograniczonej parakeratozy. Tkanka sprężysta w ognisku i naciekach uległa całkowitemu zniszczeniu, w niektórych brodawkach brak jej zupełnie; pozatem włókna sprężyste są pozbawione prawidłowej budowy i ułożenia. Tętniczki i żyły głębszych warstw skóry mają ściany zgrubiałe z zachowaniem światła, lecz ze znacznem bujaniem śródbłonka (endo et periangoitis).

Zestawiając wyniki histologicznego badania poszczególnych wykwitów, widzimy, że budowa ich jest niemal idendyczna. Zmiany, rozpościerając się w całym naskórku i warstwach głębiej położonych, tworzą: 1) nadmierne rogowacenie, czopy rogowe, zwyrodnienie tkanki sprężystej i jej zanik, rozszerzenie naczyń, nacieki dokoła naczyń podbrodawkowych i wzdłuż nich, rozwój tkanki limfoidalnej okołokłębkowej i 2) ogniska nekrobiotyczne o budowie gruźliczej. Obie grupy tych zmian składają się na obraz tuberkulidu trądzikowato-rumieniowatego (»chilblain lupus«), co odpowiada i klinicznemu wyglądowi i zachowaniu się jego wobec tuberkuliny.

Chora w ciągu 20-tu dni dostała 10 dawek tuberkuliny, w rozcieńczeniu 1 : 1,000.000, w ilościach wzrastających od 0,5 do 1.40. Pod wpływem tego leczenia, połączonego później z naświetlaniami chorych miejsc promieniami X, zmiany na palcach rąk i nóg oraz kolanach niemal całkowicie ustąpiły. W pierwszych dniach stycznia 1924 r., czyli w środku kuracji tuberkulinowej, skóra na lewej piersi nieco zciemniała i pokryła się drobniutkiemi grudkami. Zmiany te szybko postępowały naprzód i w ciągu 10 dni ostatecznie przyjęły postać placka, wielkości dużej dłoni o nieprawidłowych, miejscami zazębionych, konturach koloru brunatnego lub brudno-brunatnego. Placek u góry zatrzymuje się w połowie drogi pomiędzy brodawką sutka i linją obojczykową, idąc z nią niemal równolegle, od zewnątrz łukowato, nie przechodzi poza środek mostka, od dołu linją łamaną ponad brodawką sutkową idzie do fałdy pachowej, gdzie łączy się z jego górną granicą. Zasadniczym wykwitem placka jest okrągła płaska grudka, koloru brunatnego, lekko wystająca nad poziom skóry, wielkości łebka szpilki lub nieco więcej, wyraźnie pod światło połyskująca i w okolicy mostka, gdzieniegdzie, w środku mająca delikatny meszek. Grudki nie łączą się z sobą ani nie układają w grupy, aczkolwiek miejscami, gdzie poszczególne wykwity ściślej do siebie przylegają oraz zabarwienie ich oraz otaczającej skóry jest mocniej wyrażone, wydaje się, że grudki mają skłonność do zlewania się. Przy dotykaniu placka doznaje się uczucia pewnej suchości i liszajowatej chropowatości, kontrastujących z delikatną otaczającą zdrową skórą. Najcharakterystyczniejsze grudki widać w bliskości mostka i brodawki sutkowej, gdzie niektóre z nich znajdują się w pewnem oddaleniu od całości i gdzie otaczająca je skóra ma wygląd prawidłowy. Przy ucisku szkłem brunatne zabarwienie placka staje się nieco jaśniejsze. Cierpienie nie powoduje swędzenia.

Po zastosowaniu 0,001 mg tuberkuliny wystąpił odczyn ogólny (ciepłota 40,0—39,5) oraz ogniskowy na palcach rąk i nóg

oraz kolanach, aczkolwiek tym razem mniej wyraźny, niż poprzednio. Zmiany na piersi uległy znacznemu przekrwieniu, oddzielne grudki stały się wyraźniejsze i wynioślejsze. Po upływie doby odczyn ustąpił.

Podejrzenia co do natury gruźliczej (liszaja zołzowego) rozstrzygnęło się po zbadaniu histologicznem, dla którego wyciąłem klinowaty kawałek skóry, obejmujący kilka grudek z obwodowej części placka.

Naskórek znacznie scieńczały, gdzieniegdzie nad brodawkami składa się zaledwie z 2—3 rzędów nieprawidłowo owalnych lub wielokątnych komórek, dobrze zachowujących mostki.

Warstwę ziarnistą tworzy jeden rząd mocno spłaszczonych i wydłużonych w cienkie listewki komórek, pokrytych błonką, miejscami odstającej warstwy rogowej. Sople nabłonkowe przedstawiają się w postaci krótkich, rozmaitego kształtu zwisających ogonków, częstokroć znacznie od siebie oddalonych i wygładzających sieć Malpighiego. W zarodzi komórek nabłonkowych w rzędach graniczących z brodawkami i warstwą podbrodawkową, znajduje się drobno-ziarnista, żółto-brunatna masa barwika, częstokroć szczelnie wypełniająca komórki. Najgęściej barwik jest nagromadzony w najniższych rzędach komórek; w rzędach wyżej położonych widać go stopniowo coraz mniej, zaś górne warstwy naskórka oraz komórki mieszków włosowych zupełnie barwika nie posiadają. Jądra w komórkach, zawierających barwik, jak również i wolnych od niego, ukazują prawidłową budowę. Barwik w znacznej ilości znajduje się i w tkance łącznej brodawek i warstwy podbrodawkowej.

Tutaj jednakże masy barwikowe przedstawiają się w postaci ziarenek, kulek lub grudek żółto-brunatnego, brunatnego, prawie czarnego koloru, niekiedy tak szczelnie wypełniających komórki, że jądra ich są niewidoczne i kontury zarodzi zatarte. Barwik w tkance łącznej leży i poza komórkami, przybierając miejscami kształt znaczniejszych rozmiarów bloczków, wałeczków, paciorków i t. p. W skrawkach barwionych metodą P e r l 'a (ferrum-kalicyanat + HCl + karmin) barwik przybiera kolor zielony. W warstwie podbrodawkowej, częstokroć tuż pod naskórkiem, znajdują się ogniska, przeważnie niewielkich rozmiarów, składające się z komórek nabłonkowatych i olbrzymich oraz małej ilości limfocytów i komórek łączno-tkankowych; gdzieniegdzie w sąsiedztwie lub pewnem oddaleniu od ognisk spotyka się komórki tuczne. Ogniska są wyraźnie odgraniczone od otaczającej ich tkanki normalnej, niekiedy słabiej barwią się, lecz nigdzie nie ulegają zmianom serowatym. Rzadziej ogniska umiejscowiają się dokoła mieszków włosowych, posuwają się wzdłuż nich i przybierając kształt stożkowaty z podstawą u góry. Komórki olbrzymie (typu Langhansa) zajmują najczęściej środek ogniska w otoczeniu komórek nabłonkowatych; w jednych skrawkach spostrzegałem duże komórki olbrzymie, zawierające po 40 i więcej jąder, w innych komórki o nieprawidłowych zarysach (Fremdkoerper-Riesenzellen). Prócz charakterystycznych ognisk w warstwie podbrodawkowej spotyka się i nacieki drobno-komórkowe dokoła naczyń. Tkanka sprężysta w ogniskach nie istnieje, lecz już poza ich obrębem zachowuje swój prawidłowy charakter. W głębszych warstwach skóry naczynia są nieco zgrubiałe, jednakże z zachowaniem światła i gdzieniegdzie otoczone skąpym, drobnokomórkowym naciekiem. Gruczoły łojowe i potowe bez zmian. Prątków Kocha w żadnym skrawku nie znalazłem.

Mieliśmy zatem do czynienia z tuberkulidem liszajowatym, morfologicznie bardzo zbliżonym do liszaja zołzowego (lichen scrofulosorum Hebrae) a histologicznie z nim identycznym.

Podkreślić jednak należy pewne cechy, wyróżniające go od postaci zazwyczaj spotykanych: 1) ograniczony i zamknięty odcinek skóry zajętej przez wykwity, 2) znaczne nagromadzenie barwika w ognisku liszajowem (na terytorjum liszaja znajduje się znamię barwikowe) i 3) rolę tuberkuliny w występowaniu tuberkulidu liszajowego, zjawisko zresztą kilkakrotnie notowane w piśmiennictwie (Darier, Jadassohn, Moro i in.).

Reasumując zespół jednostek chorobowych w omawianym przypadku otrzymujemy: u 28-l e t n i e j p a n n y w y s t ą p i ł y b l a s z k i **wilka rumieniowatego**, k t ó r y, s t o p n i o w o, w c i ą g u 8 l a t r o z s z e r z a j ą c s i ę n a t w a r z y, u s z a c h i u w ł o s i o n e j c z ę ś c i g ł o w y, p r z y j ą ł p o s t a ć s t a ł ą (*lupus erythem. diseoides*); w p i e r w s z y c h d w ó c h l a t a c h r o z w o j u w i l k a u t w o r z y ł o s i ę **ropienie gruczołów podżuchwowych**, a w ó s m y m r o k u t r w a n i a s p r a w y w i l k o w e j p r z y ł ą c z y ł y s i ę **zmiany gruźlicze skóry palców rąk i nóg oraz kolan** (»*lupus chilblain*«), w r e s z c i e w p r z e b i e g u l e c z e n i a t u b e r k u l i n o w e g o n a p i e r s i w y k w i t y **tuberkulidu liszajowatego** (*lichen scrofulosorum*).

Innemi słowy zakażenie jadem gruźliczym znalazło swój wyraz w szeregu objawów skórnych i gruczołowych o znamionach wybitnie swoistych, wśród których to objawów figurują i niecharakterystyczne dla gruźlicy, jakiemi są zmiany wilka rumieniowatego. Jednakże zmiany te są niewątpliwie mocno związane z zarazkiem gruźliczym i biologicznie, o czem świadczy ich dodatnie oddziaływanie na tuberkulinę i anatomopatologicznie. Bo jeżeli »chilblain lupus«, już samoistnie, zarówno w obrazie klinicznym, jak i w budowie histologicznej tworzy kombinację wilka rumieniowatego i gruźlicy skóry (typu tuberkulidów trądzikowatych), to obecność jego (u jednego i tego samego osobnika) z poszczególnemi częściami tej kombinacji, ujawniającemi się w postaci odrębnych a ustalonych jednostek klinicznych, tem więcej przemawia za bliskiem pokrewieństwem, jakie zachodzi pomiędzy wilkiem rumieniowatym i temi postaciami gruźlicy. Świadczy o tem »chilblain lupus«, zajmujący stanowisko pośrednie i będący na połowie drogi od wilka rumieniowatego do gruźlicy skóry.

Dr. F. GOLDSCHLAG. Lwów.

Doniesienie o przypadkach łupieżu różowego (*Pityriasis rosea Gibert*), wyleczonych sposobem Ravaut (jako przyczynek do patogenezy tego schorzenia).

Z oddziału skór. kob. Szpitala powszechnego we Lwowie.
(Prymarjusz: Doc. dr. R. L e s z c z y ń s k i).

W r. 1921 podał P. R a v a u t (Annales de dermatologie Nr. 5) nowy sposób leczenia liszaja strzygącego. Miast długotrwałych aplikacji zewnętrznych, leczenia chirurgicznego lub promieniami Roentgena stosował ten autor wlewanie dożylne płynu Grama. Rezultaty jakie otrzymał były bardzo dodatnie, leczenie trwało znacznie króciej, aniżeli to miało miejsce dotychczas.

Na oddziale prymar. Leszczyńskiego stosujemy tę terapję od dłuższego czasu z tą modyfikacją, że zamiast płynu G r a m a wstrzykujemy płyn D u b a (Med. Klin. Nr. 18. Rok 1921) o składzie: jodi puri 0·3, natrii jodati 20, aq. dest. 1000. — Tego samego rozczynu używamy również do rozpuszczania salvarsanu w zastępstwie zwykłej wody destylowanej (F ü l l e n b a u m ó w n a i K o g u t o w a: Przegląd dermatologiczny 1922 Nr. 3).

Wlewanie dożylne połączeń jodowych, a mianowicie jodku sodowego i potasowego praktykowane jest od dawna. K l e m p e r e r podał ten sposób. Z dermatologów ogłosił W a l t e r P i c k wyleczenie blastomykozy dwukrotnem zastrzyknięciem 10% jodku sodowego. S c h a c h e r l (z kl. neurol. we Wiedniu) podkreśla dodatnie działanie tych zastrzyków przy wiądzie rdzenia.

Działanie jodu na sprawy przyrody grzybkowej jak promienicę blastomykozę, sporotrychozę jest ogólnie znane i w leczeniu uwzględniane. Energiczniejsze działanie płynu Grama, względnie Duba, przypisać należy przydatkowi jodu czystego, a więc obecności jonów metalicznych.

Prócz przypadków liszaja strzyg. poddaliśmy i przypadki łupieżu róż. leczeniu wyżej wspomnianym sposobem. Mimo niezbyt wielkiej ilości spostrzeżeń, zdecydowaliśmy się przedstawić dotychczasowe nasze doświadczenie, a to wobec bardzo korzystnych wyników, a z drugiej strony dlatego, że wyniki te rzucają pewne światło, na patogenezę omawianego schorzenia.

Technika jest zupełnie prosta. Wlewamy dożylnie 20 cm³ płynu Duba co drugi dzień. Przeciętna ilość zastrzyków potrzebna do wyleczenia waha się między 4 a 6-ma. Żadnych objawów ubocznych nie stwierdziliśmy, z wyjątkiem jednego przypadku, tyczącego się młodego kolegi, a więc osobnika dokładnie się obserwującego. Ten podał mi, że około 12 godzin po każdym zastrzyku uczuwał smak metaliczny w ustach i ślinotok. Senzacje te trwały krótko i znikały zupełnie.

Ogółem obserwowaliśmy 7 przyp. na oddziale, 8-my miałem w praktyce prywatnej.

Wyraźne oddziaływanie na wykwity było już widoczne po 24 godzinach. W 2 przyp. o osutce bardzo rozległej efekt był wprost świetny, wykwity okazywały wyraźne spłaszczenie i zblednięcie. Po trzeciej, względnie czwartej injekcji mieliśmy stan równający się prawie restitutio ad integrum.

Zaznaczam, że przypadki te cechowały się erupcją bar-

dzo silną, bąblowatą t. j. imponowały klinicznie jako te postaci, które źle oddziaływują na wszelką medykację zewnętrzną, odpowiadając na nią często pogorszeniem.

Trzeci przypadek tyczył się 12-letniej dziewczynki. O tyle ciekawy, że chora zgłosiła się wcześnie tak, że mieliśmy do czynienia z ogniskiem macierzystem i niewielką ilością wykwitów w najbliższem otoczeniu. Mogliśmy więc zastosować niejako leczenie poronne. I rzeczywiście do dalszej osutki nie przyszło, po trzech zastrzykach nastąpiło wyleczenie.

Czwarty przypadek obserwowaliśmy u 22-letniej pacjentki, pozostającej u nas w leczeniu przeciwkiłowem. Po pierwszym zastrzyku nastąpiło wybitniejsze rozsianie wykwitów, po drugim zauważyliśmy ciekawe zjawisko, a mianowicie wykwity nie przechodziły przez całą skalę zmian rozwojowych znanych przy łupieżu róż. lecz rozwój uległ niejako zahamowaniu.

Wydaje się nam, że ten sposób leczenia w stosunku do poprzednich przedstawia znaczne korzyści. Łupież różowy nie leczony utrzymuje się tygodniami (4—6), niekiedy miesiącami (2—3). Przy rozleglejszej osutce, odczuwa pacjent leczenie maścią lub zawiesiną, zwłaszcza w porze cieplejszej, bardzo niemiło. Także inne względy np. natury ekonomicznej (zaoszczędzenie bielizny), towarzyskiej etc. przemawiają za wyborem wyżej wspomnianej metody.

Etjologja ł. r., dermatozy od dawna znanej i łatwo rozpoznawanej nie jest wcale wyjaśniona, względnie jednolicie pojmowana. Dla Kaposiego nie istniał ł. r. jako odrębna jednostka chorobowa, lecz była to tylko pewna postać kliniczna liszaja strzygącego (*herpes tonsurans maculosus et squamosus*) W swojej patologji i terapji chorób skórnych zaznacza Kaposi, że badanie drobnowidzowe wykazuje w pierwszych dniach nieliczne zarodniki, a dopiero w drugim lub trzecim tygodniu zawierają łuseczki większych tarcz krótkie nici. Szybkie łuszczenie się grzybków jest według Kaposiego głównym powodem, że istnieją znaczne trudności wykazania tychże.

Uczniowie Kaposiego nie zgadzali się już z tem zapatrywaniem w zupełności. Większość przedstawicieli szkoły wiedeńskiej oświadcza się za wyodrębnieniem ł. r. z grupy liszaja strzygącego i przyznaniem mu stanowiska samodzielnego. Podkreślając ujemne wyniki badań w kierunku wykazania obecności grzybków, skłaniają się przecież ze względu na kliniczny przebieg i inne momenty przyjąć raczej etjologję pasożytniczą.

Szkoła francuska widzi w Pitiriasis rosea jakąś sprawę zakaźną ogólną. Opiera się ona z jednej strony na objawach klinicznych, z drugiej strony na braku możności przeszczepienia tej dermatozy z jednego osobnika na drugiego.

Ten ostatni fakt jednak nie wyklucza zupełnie możliwości pasożytniczego pochodzenia ł. r. Grzybek łupieżowy (*Microsporon furfur*) spotykany masowo we wykwitach łupieżu pstrego, przeniesiony na innego osobnika, nie wywołuje z reguły łupieżu pstrego. Przy dermatomykozach gra prócz zarazka ważną rolę usposobienie osobnika. Przypomnijmy sobie, że mikrosporia występuje głównie u dzieci, aby nie leczona nawet, ustąpić we wieku pokwitania. Łupież pstry usadawia się chętnie na podglebiu gruźliczem, łupież różowy spotyka się częściej u dorosłych, bardzo rzadko u niemowląt lub mniejszych dzieci. Jakie czynniki składają się na przygotowanie podglebia, czy są to pewne choroby ogólne, czy może gruczoły dokrewne, zaczem wiele przemawia, nie chcę szerzej rozstrząsać.

We wywiadach chorych na ł. r. powtarza się często wzmianka, że pierwsze zmiany na skórze pojawiły się w pewien czas po osuszeniu się płaszczem kąpielowym, wiszącym stale w łazience, a więc w otoczeniu wilgotnem, sprzyjającem rozwojowi grzybków: również po przewdzianiu świeżej bielizny flanelowej lub trykotowej, kupionej w jakimś magazynie wilgotnym. Moment ten, na który zwrócili uwagę Lassar i Rosenthal, przemawia wielce za przyjęciem noxy pasożytniczej.

Wyniki, jakie otrzymaliśmy lecząc ł. r. postępowaniem analogicznem jak liszaj strzygący, pozwalają przypuszczać, że przyczyny obu tych procesów muszą przedstawiać pewne cechy pokrewieństwa t. zn. że chociaż ł. r. nie jest wywołany przez trichophyton, to jednak istnieje prawdopodobieństwo, że virus wywołujący go stoi w bliższem lub dalszem pokrewieństwie z grzybkiem strzygącym.

Aby znaleźć poparcie naszego teoretycznego rozważania, staraliśmy się zbadać jakie będą odczyny po trichophitynie. A priori oczekiwać można było odczynu nieznacznego, ponieważ primo: przy trichophytia superf. brak często wszelkiego odczynu a secundo: liczyć tutaj można było tylko na odczyn grupowy. W 2-ch przypadkach w których badaliśmy odczyn po trichophitynie mieliśmy niezbyt silny ale zawsze wyraźny odczyn po 24 godzinach. W związku z tem można widzieć przyczynę niemożności wykazania grzybków we wczesnem pojawieniu się procesów immunizacyjnych. Być może, że allergja skóry wytwarza się bardzo wcześnie i stąd brak korzystnego podglebia dla rozwoju grzybka. O ilebyśmy stanęli na stanowisku zakażenia ogólnego, spowodowanego wtargnięciem zarazków z ogniska pierwotnego do krwi, narzucałoby się porównanie z trichophitidami, microsporidami i favidami. Powstanie trichophitidów związane jest ściśle z allergją. Przez połączenie swoistego antygenu, a więc grzybków grupy trichophyton tonsurans, z allergicznemi komórkami skóry (allergia histiogenna: Bloch) powstają trujące substancje, wywołujące swoisty odczyn nadwrażliwości w postaci lichen trich. Wykazanie grzybków w tych wykwitach, należy do prac ogromnie niewdzięcznych. Zaledwie kilku autorów (Sutter, Jessner, Arzt i Fuhs, Martinotti) po mozolnych i cierpliwych badaniach może się pochwalić dodatniemi wynikami.

Pozostawałoby jeszcze pytanie, jak tłumaczyć sobie korzystny wpływ roztworów jodo-jodkowych na przebieg omawianej sprawy. Żadnych danych w kierunku pozytywnego oświadczenia się narazie nie mamy. Najprostszem byłoby przyjąć, że jod drogą naczyń dostaje się do wykwitów i tam wywiera swe działanie grzybko- czy też zarazkobójcze. Druga możliwość, to oddziaływanie jodu nietylko miejscowe na skórę lecz również na wszystkie narządy, gruczoły dokrewne etc., coby mogło spowodować zupełne przestrojenie terenu. Znaczenie zaś terenu dla schorzeń przyrody grzybkowej podkreśliłem już poprzednio.

Prof. Dr. Teofil ZALEWSKI. Lwów.

Przewodnictwo ciepła i jego znaczenie w rozpoznawaniu i leczeniu ostrych spraw zapalnych w wyrostku sutkowym.

Ciąg dalszy.

Wszystkie przypadki podzielimy dla łatwiejszego orjentowania się na trzy grupy: do pierwszej grupy należą przypadki prawidłowe, do drugiej — przypadki z ropieniem w uchu środkowem, w których wyleczenie nastąpiło bez wydłutowania wyrostka sutkowego i do trzeciej — przypadki, w których wykonano wydłutowanie wyrostka sutkowego.

Do grupy przypadków prawidłowych zaliczam oprócz prawidłowych narządów słuchowych, także i te narządy, w których wprawdzie zmiany stwierdzono, operacja jednak lub sekcja wykazała stosunki prawidłowe w wyrosku sutkowym (Nr. 1, 14, 20, 26, 28, 35, 38, 71, 76). Wynik działania zimnych okładów leiterowstkich na ciepłotę zewnętrznego przewodu słuchowego w przypadkach wymienionych przedstawia nam następująca tablica.

Z tablicy I-ej widzimy, że obniżenie ciepłoty, jakie osiągnięto, w poszczególnych przypadkach przedstawia znaczne różnice; tak samo co do czasu, w ciągu którego otrzymano ten spadek ciepłoty, poszczególne przypadki okazują duże różnice. Badania wykazują, że spadek ciepłoty nie zależy od ciepłoty ciała i od pierwotnej ciepłoty zewnętrznego przewodu słuchowego: najniższy spadek widzimy w przypadkach z ciepłotą prawidłową i z ciepłotą znacznie podwyższoną; podobnież przypadki o zbliżonych ciepłotach okazują spadki bardzo różne.

Tak samo czas, w ciągu którego otrzymujemy ostateczny

spadek ciepłoty, nie zależy od ciepłoty ciała i od pierwotnej ciepłoty zewnętrznego przewodu słuchowego.

TABLICA I.

Nr. narządu	Ciepłota ciała	Ciepłota przewodu usznego	Spadek ciepłoty w 0,1°	Czas w minut.	Wskaźnik
1	36,7	36,7	11	33	3,0
14	36,8	36,6	24	29	1,2
20	37,1	37,9	31	61	2,0
26	37,3	37,3	17	11	0,6
28	38,0	37,7	13	45	3,5
35	37,2	37,3	22	26	1,2
38	37,0	36,9	15	29	1,9
71	40,7	40,5	10	17	1,7
76	39,9	38,8	11	21	1,9

W poprzedniej swej pracy podniosłem, że ciepłota pierwotna przewodu słuchowego ma wpływ na spadek ciepłoty, można powiedzieć ogólnie, iż spadek ciepłoty jest tem większy i następuje tem szybciej im niższą jest pierwotna ciepłota przewodu słuchowego; badania obecne wykazały, że matematycznej zależności tych dwóch czynników niema.

Ilość przypadków jest zbyt mała, by można było ostatecznie określić, jaki wpływ ma ciepłota ciała i ciepłota pierwotna zewnętrznego przewodu słuchowego na spadek ciepłoty, jeżeli jednak porównamy przypadki z wysoką ciepłotą pierwotną (Nr. 71, 76) z resztą przypadków, to możnaby przyjąć pewną zależność spadku ciepłoty od pierwotnej ciepłoty zewnętrznego przewodu słuchowego.

Najwyższy spadek ciepłoty okazuje narząd słuchowy Nr. 20 – 31, najniższy w przypadku Nr. 71 – 10. Najwyższy czas okazuje Nr. 20 – 61', najniższy Nr. 27—11'.

Szybkość, z jaką ciepłota zewnętrznego przewodu słuchowego pod wpływem zimnych okładów leiterowskich obniża się, nie jest jednakowa w ciągu działania tych okładów. W każdym przypadku widzimy, iż początkowo ciepłota opada znacznie szybciej, pod koniec zaś doświadczenia opadanie staje się wolniejszem i w końcu ciepłota ustala się. Z powodu tego, że tak co do stopnia ostatecznego spadku ciepłoty jak i co do czasu istnieją w poszczególnych przypadkach znaczne różnice, istnieją też znaczne różnice co do wskaźnika: wskaźnik ten rośnie ze zmniejszeniem się szybkości spadania ciepłoty i zmniejsza się ze zwiększeniem szybkości, innemi słowy wedle wskaźnika jesteśmy w możności orjentować się o szybkości obniżania się ciepłoty zewnętrznego przewodu słuchowego pod wpływem zimnych okładów leiterowskich.

Badania moje wykazują, że wskaźnik ten nie zależy bezpośrednio ani od ciepłoty ciała ani od pierwotnej ciepłoty zewnętrznego przewodu słuchowego. Najniższy wskaźnik wykazuje narząd słuchowy Nr. 27—0,6, najwyższy Nr. 20—3,5. Na podstawie moich badań można powiedzieć, że w przypadkach prawidłowych w 77,7% wskaźnik wynosi 2 lub mniej a w 22,2% więcej niż 2.

Na całokształt tego zjawiska, jakie widzimy na ciepłocie zewnętrznego przewodu usznego pod wpływem ochładzania tkanek sąsiednich, w szczególności wyrostka sutkowego, wpływ decydujący ma przedewszystkiem budowa anatomiczna otaczających części — w pierwszym rzędzie budowa wyrostka sutkowego. Zjawiska fizjologiczne, jakie zachodzą w sąsiednich tkankach, nie mogą nie pozostać też bez wpływu na ciepłotę zewnętrznego przewodu słuchowego.

Oprócz tych dwóch czynników na charakter spostrzeganego przez nas zjawiska decydujący wpływ ma też samo utkanie tkanek, otaczających przewód słuchowy; ten wybitny wpływ budowy samych tkanek występuje wyraźnie, jeżeli porównamy przewodnictwo ciepła w przypadkach prawidłowych i w przypadkach ze sprawą zapalną w uchu środkowem. Przypadki ze sprawą zapalną w uchu środkowem dla łatwiejszej orjentacji podzielimy na dwie grupy: do jednej zaliczymy przypadki, w których wyleczenie nastąpiło bez wydłutowania wyrostka sutkowego, do drugiej zaś grupy — przypadki, w których wydłutowanie wykonano. Badania wykazują bardzo wybitną różnicę w zachowaniu się ciepłoty zewnętrznego przewodu słuchowego pod wpływem ochładzania w tych dwóch grupach przypadków.

Wynik działania zimnych okładów leiterowskich na ciepłotę zewnętrznego przewodu słuchowego w przypadkach ostrego zapalenia ucha środkowego, w których wyleczenie nastąpiło bez wydłutowania wyrostka sutkowego, przedstawia nam następująca tablica.

TABLICA II.

Nr. narządu	Ciepłota ciała	Ciepłota przewodu usznego	Spadek ciepłoty w 0,1°	Czas w minut	Wskaźnik
2	37,1	37,2	12	68	5,6
3	38,9	38,5	13	51	4,0
4	38,2	38,6	—	—	—
6	38,2	38,4	7	28	4,0
7	36,8	36,9	11	35	3,2
9	36,1	37,0	16	42	2,7
12	37.0	37,4	8	44	5,5
13	37,7	38,1	24	46	1,9
15	36,9	37,2	9	33	3,7
16	36,8	36,6	12	25	2,1
17	36,7	36,7	8	26	3,2
18	36,9	37,0	8	33	4,1
19	37,3	38,2	1	15	15,0
21	37,3	37,5	6	38	6,3
22	37,1	37,2	14	32	2,3
27	37,3	37,6	2	29	14,5
29	38,0	37,5	3	22	7,3
30	37,7	37,0	10	32	3,2
31	37,2	37,1	13	42	3,2
32	39,0	39,2	14	30	2,[illegible]
33	39,0	39,2	6	43	7,2
39	36,8	36,9	16	35	2,2
40	39,4	39,4	22	36	1,6
41	36,3	36,4	10	32	3,2
42	37,3	37,6	7	39	5,6
44	36,9	37,0	11	30	2,7
45	37,8	38,0	6	18	3,0
46	37,0	37,2	4	36	9,0
47	37,1	37,1	7	26	3,7
50	36,3	37,0	18	36	2,0
51	38,0	38,2	13	36	2,8
53	39,0	39,0	1	8	8,0
54	36,8	37,3	7	30	4,3
56	37,0	37,1	15	31	2,1
58	37,3	37,5	13	23	1,8
61	37,1	37,6	3	27	9,0
64	37,3	37,6	2	22	11,0
65	36,9	37,1	6	24	4,0
67	37,0	37,3	5	16	3,2
68	37,0	37,3	16	40	2,7
72	38,6	38,6	9	42	4,7
77	36.7	37,1	9	25	2,8
78	37,0	37,1	8	19	2,4
79	37,4	37,2	7	18	2,6
80	36,7	36,5	5	10	2,0
88	37,1	37,0	14	31	2,2
52	37,7	37,9	4	12	3,0
69	37,6	37,6	8	21	2,6
86	36,5	36,6	14	26	1,8
87	36,5	36,8	22	22	1,0

Przy zestawieniu tej tablicy przy kilkakrotnych badaniach jednego i tego samego przypadku uwzględniono tylko jedno badanie, mianowicie to, w którem wypadł najwyższy wskaźnik. Ponadto uwzględniono cztery ostatnie przypadki, w których operacja ograniczyła się do nacięcia ropnia na wyrostku sutkowym.

Ilość narządów słuchowych tej grupy wynosi 50.

Jeżeli porównamy przypadki tej grupy z przypadkami grupy pierwszej, to uderza ogromna rozmaitość tak co do spadku ciepłoty, jak i co do czasu; rozmaitość, ta, szczególnie co do spadku, jest znacznie większa, niż w poszczególnych

przypadkach prawidłowych. Najniższy spadek ciepłoty wykazuje Nr. 4, gdzie ciepłota nie obniżyła się wcale, najwyższy Nr. 13, w którym spadek wynosi 24. Co do czasu, to najniższy czas wykazuje Nr. 53—8', najwyższy Nr. 2—68'. Ściślejszej zależności między ciepłotą ciała, względnie ciepłotą zewnętrznego przewodu słuchowego, a spadkiem ciepłoty i czasem wykryć i w tej grupie nie można.

Niemniejszą rozmaitość widzimy w poszczególnych przypadkach i co do wskaźnika; widzimy przypadki z małym wskaźnikiem i przypadki z bardzo dużym wskaźnikiem. Jeżeli będziemy porównywać poszczególne przypadki, to przychodzimy do przekonania, że między wskaźnikiem, a ogólną ciepłotą ciał, względnie pierwotną ciepłotą przewodu słuchowego nie można dopatrzeć się najmniejszego związku; przypadki o podobnych ciepłotach wykazują bardzo różne wskaźniki.

Podobnie jak w przypadkach prawidłowych i w tych przypadkach główną przyczyną różnorodności wskaźnika w poszczególnych przypadkach będzie niewątpliwie różnica w budowie tkanek sąsiednich; w pierwszym rzędzie musimy przyjąć jako przyczynę rożnorodności wskaźnika zmiany, jakie zachodzą w wyrostku sutkowym. Z sąsiednich bowiem tkanek w przebiegu spraw ropnych w uchu środkowem, przedewszystkiem w wyrostku sutkowym, występują zmiany, powodujące różnice w budowie tkanek. Różnice między wskaźnikami w poszczególnych przypadkach tej grupy są znacznie większe, niżeli w przypadkach prawidłowych. Jeżeli nie uwzględnimy nawet narządu słuchowego Nr. 4, gdzie spadku ciepłoty wogóle nie było, to i tak różnica między najniższym wskaźnikiem Nr. 87—1,0 i najwyższym wskaźnikiem Nr. 19—15,0 jest znaczna; w przypadkach prawidłowych wskaźnik waha się od 0,6 do 3,5.

Porównując przypadki tej grupy z przypadkami prawidłowemi, widzimy, że pewne przypadki okazują wskaźnik podobny do wskaźnika przypadków prawidłowych, inne zaś okazują wskaźnik wyższy. Ten fakt uprawnia nas do przypuszczenia, że w pierwszych przypadkach budowa tkanek ochładzanych jest podobna do budowy tkanek przypadków prawidłowych, w reszcie zaś przypadków budowa ta jest odmienna.

Jeżeli przypadki tej grupy podzielimy wedle wielkości wskaźnika, to otrzymamy tablicę następującą:

TABLICA III.

Wskaźnik	Ilość przypadków	%
do 2,0	7	14
» 3,5	22	44
» 5,0	8	16
» 7,0	4	8
ponad 7,0	9	18

Tablica ta nam wskazuje, że w przypadkach zapalenia ucha środkowego, w których wyleczenie nastąpiło bez wydłutowania wyrostka sutkowego, w 58% wskaźnik obraca się w granicach przypadków prawidłowych, w 42% — zaś jest wyższy. Możemy powiedzieć, że w 58% wyrostek sutkowy nie okazuje zmian żadnych lub tylko nieznaczne, w 42% zaś istnieją znaczniejsze zmiany w wyrostku sutkowym, które powodują zmianę w przewodnictwie ciepła.

Jeżeli porównamy przypadki prawidłowe z przypadkami ostrego zapalenia ucha środkowego, które mają wskaźniki podobne t. j. przypadki okazujące wskaźniki do 3,5, to okaże się, że i tutaj nawet zachodzi różnica między przypadkami prawidłowemi a przypadkami z ostrem zapaleniem ucha środkowego. Stosunek między przypadkami ze wskaźnikiem do 2 a przypadkami ze wskaźnikiem powyżej 2 do 3,5 w przypadkach prawidłowych, przedstawia się jak 3,5 : 1, w przypadkach zaś z ostrem zapaleniem ucha środkowego jak 1 : 3,1. Na podstawie tych danych musimy nawet w tych przypadkach ostrego zapalenia ucha środkowego, w których wskaźnik zbliżony jest do wskaźnika przypadków prawidłowych w 2/3 przypadków przyjąć zmiany patologiczne.

Przypadków ostrego zapalenia ucha środkowego ze wskaźnikiem do 3,5 mamy 29, jeżeli przyjmiemy w 2/3 zmiany patologiczne w wyrostku sutkowym, to przypadków z prawidłowym wyrostkiem pozostanie tylko 10. Badania te potwierdzają wyniki badań anatomo-patologicznych, że w przypadkach ostrego zapalenia jamy bębenkowej wyjątkowo zmiany chorobowe ograniczają się do samej jamy bębenkowej, w większości przypadków zapalenie rozszerza się na wyrostek sutkowy.

Wynik działania zimnych okładów leiterowskich na ciepłotę zewnętrznego przewodu słuchowego w przypadkach ostrego zapalenia ucha środkowego, w którym wykonano wydłutowanie wyrostka sutkowego, przedstawia nam tablica następująca.

TABLICA IV.

Nr. narządu	Ciepłota ciała	Ciepłota przewodu usznego	Spadek ciepłoty w 0,1°	Czas w minut.	Wskaźnik
5	38,1	38,5	2	14	7,0
8	36,8	36,9	5	32	6,4
10	36,8	37,3	11	46	4,2
11	37,1	37,4	7	40	5,7
23	37,5	37,5	1	10	10,0
24	37,1	37,4	10	60	6,0
25	36,0	36,8	4	27	6,7
34	37,2	37,5	1	7	7.0
36	37,2	37,4	4	29	7,2
37	37,0	37,5	3	23	7,7
43	38,0	38.2	2	12	6,0
48	37,2	37,7	4	32	8,0
49	36,9	36,9	4	18	4,5
55	38,3	38,8	1	18	18,0
57	37,1	37,3	8	38	4,7
59	36,9	37,1	5	26	5,2
60	37.4	37,7	4	29	7,[illegible]
62	38,6	38,8	6	35	5,8
63	40,0	40,1	7	41	5,8
66	39,4	39,4	1	7	7,0
70	38,6	38,7	4	45	11,2
73	37,8	37,7	4	17	4,2
74	40,1	40,2	9	47	5,2
75	36,4	36,8	1	18	18,0
81	37.2	37,2	3	18	6,0
82	38,0	38,0	2	10	5,0
83	37.0	37,0	7	33	4,7
84	37,8	38,3	8	47	5,9
85	36,9	38,2	2	19	9,5
89	37,2	36,7	12	33	3,6
90	37,1	37,3	9	36	4,0
91	38,2	37,5	10	30	3,0
92	37,8	38,0	9	46	5,1
93	37,2	37,5	3	22	7,3

Przy zestawieniu tej tablicy postąpiono w ten sam sposób jak przy zestawieniu tablicy II., t. j. przy kilkakrotnych badaniach jednego i tego samego narządu słuchowego uwzględniono tylko badanie to, w którem wskaźnik był najwyższy.

Jakkolwiek i w tej grupie widzimy dużą rozmaitość w poszczególnych przypadkach, tak co do spadku ciepłoty, jak i co do czasu, to jednak w porównaniu do grupy poprzedniej rozmaitość ta — szczególnie w odniesieniu do spadku ciepłoty — jest mniejsza. W tej grupie przypadków między cyframi, oznaczającemi spadek ciepłoty mamy bardzo znaczną ilość cyfr niskich. Najniższy spadek ciepłoty wykazuje Nr. 23, 34, 55, 66 i 76, gdzie spadek ciepłoty wynosi 1, najwyższy Nr. 89, w którym spadek ciepłoty wynosi 12. Co do czasu, to najniższy wykazują Nr. 34 i 66—7', najwyższy Nr. 24, w którym czas wynosi 60'. Dok. nast.

Z praktyki.

Dr. Henryk ROSMARIN. Lwów.

Kilka uwag o czerwonce.

W czasie wielkiej wojny pracowałem w obozie jeńców w Mitterndorf, gdzie w r. 1917 wybuchła wśród 10.000 miesz-

kańców włoskich nader złośliwa epidemja czerwonki. Mimo stosowanych najrozmaitszych i najnowszych środków przez specjalistów wiedeńskich śmiertelność w szpitalu była ogromna, bo około 40%; przebieg był tyfoidalny, wśród wysokiej gorączki, czkawek, wymiotów i bezustannego parcia.

Byliśmy tak dłuższy czas zupełnie bezradni. Ja sam z zawodu dermatolog, szukałem rady w różnych podręcznikach, aż pewnego razu wpadła mi pod rękę książeczka francuskiego autora, który w tego rodzaju przypadkach polecił: *»Ipéca en pilules, associé à l'opium (poudre d'ipeca 10 ctgr extrait thébaique 1 ctgr pour une pilule), en donner une toutes les heures jusqu'à dix par jour; les coliques termineuses cessent promptement et les selles reprennent le caractere fecal«*. Środek ten oddawna znany i przy czerwonce używany, lecz nie w ten sposób, jak to przepisał autor francuski; krótko: proszek Dovera w pigułkach po 1 dcgr co godz. aż do 10 pigułek dziennie dla starszych, a dzieciom od 2 lat począwszy odpowiednio mniej.

Od chwili rozpoczęcia tego tylko leczenia nie mieliśmy więcej ani jednego przypadku śmierci wśród wielu bardzo ciężko chorych, za co mi nawet »urzędownie« podziękowano. Kilku tutejszych specjalistów wypróbowało ten sposób podawania w beznadziejnych przypadkach czerwonki i zawsze ze skutkiem. Spostrzeżenia te ogłaszam w nadziei, że prosta ta recepta nigdy lub prawie nigdy nie zawiedzie.

Dr. Wł. PODSOŃSKI. Lwów.

Arteriovaccina dra Cilimbaris przeciw miażdżycy tętnic.

Ponieważ przeciw miażdżycy tętnic nie posiadamy leku skutecznego i prócz spokoju, uregulowania djety, podawania jodu i t. p. nic robić nie możemy, przeto z wielkiem zainteresowaniem przeczytałem odbitki: *Allg. med. Central. Zeit. »Ein neues Verfahren zur Behandlung der Arteriosclerose«* von dr. *Cilimbaris, i Zentralblatt für Herz und Gefässkrankheiten. — »Über Vaccinebehandlung der Arteriosclerose«* von dr. Wollner, zwłaszcza, że ogłoszone rezultaty były zachęcające.

Arteriovaccina jest to szczepionka uzyskana z flory bakterji jelit, których toksyny mają mieć własności odszczepiania z pożywki cholesteryny i wapna.

Kultury te wyjałowione i rozcieńczone, wstrzyknięte pod skórę, mają wytwarzać we krwi ciała rozpuszczające cholesterynę i działać korzystnie na zwapniałe tętnice.

Szczepionkę tę wytwarza Simonfabrik (Berlin) w ampułkach po 1.3 cm^3. Wstrzykuje się tę surowicę co 2 dni podskórnie od 0.2—0.3 cm^3 za każdym razem o 0.1 cm^3 więcej, o ile chory dobrze znosi, aż do 1 cm^3.

W rzadkich przypadkach występuje reakcja z podwyżką ciepłoty; zazwyczaj ogranicza się tylko do zaczerwienienia i bolesności skóry w miejscu injekcji.

W razie silniejszej reakcji należy się cofnąć do dawki o 0·1 cm^3 niższej i pozostać przez kilka injekcji na tej dawce — później dopiero iść z dawką wyżej. Wystarcza 10 injekcji.

Ampułka otworzona musi być zaraz użyta, nie można jej użyć choćby po kilku godzinach. Obniżenie ciśnienia krwi daje się zauważyć zaraz po injekcji i ma być długotrwałe.

Czy należy je odnieść do działania proteinowego, czy też specyficznego, tak, jak to podaje autor, to mogą tę sprawę wyjaśnić dalsze spostrzeżenia i badania kliniczne, zwłaszcza co do trwałości obniżenia ciśnienia krwi.

Ja stosowałem arteriovakcinę dra Cilimbaris w 23 przypadkach ciężkiej miażdżycy tętnic tak głównych, jak i obwodowych.

We wszystkich prawie przypadkach chorzy byli subjektywnie zadowoleni, ustępowały bóle i zawroty głowy.

W 14 przypadkach ciężkiej miażdżycy tętnic po 4 do 6 injekcjach miałem obniżenie ciśnienia krwi bez równoczesnego osłabienia mięśnia sercowego, przy dobrem napięciu tętna i przy zupełnie dobrym stanie podmiotowym.

Obniżenie ciśnienia krwi wynosiło u osób w wieku od 49 do 72 lat: z 200 cm na 160 cm, z 240 cm — 190 cm, ze 190 cm — 130 cm, z 230 cm — 170 cm, z 210 cm na 150 cm, z 200 cm — 150 cm, z 220 cm — 160 cm, z 200 cm na 160 cm, z 220 cm na 160 cm, ze 170 cm na 140 cm, z 290 cm na 230 cm, z 200 cm na 170 cm, z 220 cm na 170 cm, a więc obniżenie ciśnienia krwi znaczne.

Jak trwałe? tego powiedzieć nie mogę, bo po skończonych injekcjach dotychczas jeszcze tych chorych nie widziałem.

U 8 chorych nie było ani pogorszenia, ani polepszenia, chorzy tylko podmiotowo odczuwali polepszenie.

Z przypadków bez dodatniego rezultatu przytoczę kilka:

B. l. 90. Art. scleros., myocarditis chron. (niemiarowość tętna) ciężka, bardzo wysokiego stopnia — 8 injekcji — ciśnienie utrzymuje się na 140—150 cm. St. idem. Chory czuje się podmiotowo lepiej.

M. P. 61 lat. Diab. mell. art. scler. tonom. 200—190 cm — 6 inj. St. idem.

R. 74 l. Art. Scl. — (niemiarowość). — Ton. 200 cm obniżenie ciśnienia na 160 cm — ale arytmia się utrzymuje tak samo.

Przypadki przytoczone, bardzo ciężkie, nie wykazały zmiany. U innych 6 z ciężką miażdżycą ciśnienie wynoszące 230 cm — 220 cm — 200 cm 180 cm utrzymało się na tym samym poziomie.

Chorzy ci po 3 do 5 injekcjach nie zgłosili się więcej dotychczas.

Jeden z tych chorych skarzył się na zawroty głowy, które wystąpiły w czasie leczenia.

W jednym przypadku u osoby 70 letniej, która przed kilku laty przebyła apopl. cerebr. d. a obecnie cierpiała na arter. scl. ciężką ze stenocardią i cukromocz, mimo obniżenia ciśnienia z 250 cm na 190 cm po 5 injekcjach, gdy ciśnienie znowu podniosło się do 210 cm zaprzestałem injekcji. U tej chorej wystąpiło w parę dni później osłabienie mięśnia serca i białko w moczu. Trudno by było jednak wprowadzić ten stan w związek przyczynowy, bo chora ta wogóle przez cały czas źle się czuła.

Na ogół rezultaty dotychczasowe są dodatnie.

U chorych powyższych stosowałem leczenie zwykłe — zaleciłem spokój — w łóżku nie leżeli.

Podaję te szczegóły do wiadomości, by lek ten, który zastosować się daje bez trudności i szkody dla chorych wypróbować na większej liczbie przypadków.

Przegląd piśmiennictwa.

American Journal of Ophthalmology.

T. VII. Nr. 2. 1924.

William C. Finnoff. **Zmiany chorobowe w oczach królików po wstrzyknięciu żywych prątków gruźlicy w tętnicę szyjną wspólną (a. carot. comm.).** Autor wstrzykiwał żywe prątki gruźlicy *(typus bovinus et humanus)* w *arteria carot. comm.* w różnych ilościach. Ilości większe powodowały cięższe zakażenia i ostrzejsze zmiany miejscowe. *Typus bovinus* prątków gruźliczych okazał się dla królików bardziej patogenicznym aniżeli typ ludzki. Ilości wstrzykniętej emulsji prątków gruźliczych wynosiły od 0,2—10 mg. Zmiany oczne wystąpiły u wszystkich 46 królików użytych do doświadczenia po stronie wstrzyknięcia. Większość zwierząt wykazywała zmiany uogólnionej gruźlicy, na którą zginęły, zanim okazały się zmiany oczne, to stanowiło przeciwieństwo do przypadków doświadczalnych, w których używano emulsji zabitych prątków gruźlicy, gdzie wszystkie zwierzęta utrzymały się przy życiu i można było spostrzegać zmiany oczne aż do końca. W serji doświadczeń żywemi prątkami czas inkubacji wynosił 6 dni, a zatem krótszym okazał się od czasu inkubacji, o którym doniósł Stock (Bliskość *a. carot. comm.*). Pierwszą zmianą było zwężenie źrenicy oka po stronie wstrzyknięcia, która to zmiana jest tylko mechanicznym wynikiem drażniących substancyj. Pierwsze patologiczne zmiany ukazały się na tęczówce w postaci ostrej, z krwotoczkami na tęczówce i w przedniej komorze i te również zmiany należy uważać nie za swoiste, ale występujące tylko w skutek wprowadzenia w obieg krwi tętniczej drażniących substancyj. Charakterystyczne dopiero zmiany gruźlicze występowały po 4 dniach na tęczówce

w postaci nieregularnego wystającego zgrubienia, które autor nazwał *ridget iritis.*

Naczynia krwionośne widoczne były na powierzchni tego zgrubienia (grzbietu). Wysięk surowiczy dał się spostrzegać na przedniej torebce soczewki. Po kilku dniach wystąpiły szarawo-żółte guzki umieszczone na obwodzie tęczówki. Badaniem mikroskopowem stwierdzono typowe serowate guzki gruźlicze. Wszystkie zwierzęta, u których pojawiły się guzki gruźlicze na tęczówce, zginęły na uogólnioną gruźlicę. W przypadkach o postaci zakażenia najostrzejszego po wystąpieniu zmian na tęczówce pojawiały się zmiany na rogówce; w drugim lub trzecim dniu cała rogówka już była zaćmioną i wyglądem swoim przypominała skoagulowaną substancję białkową. Od strony *limbus* wystąpiły na całej przestrzeni naczynia; w 10 dniu cała rogówka była pokryta naczyniami. Badanie histologiczne gałki ocznej wykazało nekrozę części środkowych rogówki wraz z nowowytworzonemi naczyniami krwionośnemi, leukocyty, fibroblasty w miąższu rogówkowym na obwodzie. Te zmiany rogówkowe nie są właściwe tylko dla gruźlicy, spotyka się je również po injekcji innych substancyj, które upośledzają znacznie odżywianie rogówki. *Zmian rogówkowych podobnych do gruźlicy rogówkowej oka ludzkiego nie spostrzegano w żadnym z tych przypadków, w których użyto żywych prątków gruźliczych, natomiast spostrzegano je w przypadkach, w których użyto do wstrzykiwań zabitych prątków gruźlicy,* o których to wynikach autor powiadomi w następnej pracy. We wszystkich przypadkach, w których zachodziły zmiany rogówkowe stwierdzono również na spojówkach guzki podobne do *flikten,* które po pewnym czasie ulegały owrzodzeniu. W niektórych przypadkach w wydzielinie ócz stwierdzono prątki gruźlicze. Na brzegach powiek u kilku zwierząt pojawiły się owrzodzenia gruźlicze. Jako późny objaw (po 14 dniach) stwierdzono również zapalenie twardówki. W tym samym czasie stwierdzono również w przypadkach, w których rogówka pozostała czystą, zapalenie naczyniówki. Dookoła tarczy nerwu wzrokowego pojawiły się bladawo-żółte guzki bez żadnych zmian barwikowych, po 10 dniach dały się spostrzegać złogi barwika dokoła tych guzków, sam guzek powoli ulegał zanikowi. Histologiczne badanie wykazało w pierwszym okresie najpierw naciek naczyniówki z komórkami nabłonkowemi (w niektórych znaleziono żywe bakterje w środku tych nacieków) później okrągłe komórki otaczały cały ten konglomerat komórek nabłonkowych, a w środku guzka rozpoczynało się zserowacenie, które kończyło się zanikiem w tym miejscu siatkówki i naczyniówki. W większości przypadków występowało ostre zapalenie jagodówki. Zaćmienie ciałka szklistego nie pozwalało na śledzenie dalszych zmian wziernikowych. W jednym przypadku spostrzegano gruźlicę naczyń siatkówkowych w postaci szarego wysięku około-naczyniowego, w tym przypadku również były zmiany na tęczówce i w naczyniówce. Badanie mikroskopowe wykazywało *perivasculitis.* Autor znalazł również w jednym przypadku zmiany gruźlicze w mięśniach ocznych.

Te doświadczenia potwierdzają poglądy Stocka, że gruźlica pochodzenia hematogenicznego nie oszczędza żadnej tkanki oka, z wyjątkiem tylko soczewki. Praktyczne wnioski tych doświadczeń byłyby następujące: *zakażenia oczne żyjącemi prątkami gruźliczemi drogą krwiobiegu mają charakter ostry i postępowy i z małemi bardzo wyjątkami niepokrywają się z postaciami gruźlicy ocznej spotykanemi u ludzi.* W wyjątkowo lekkich przypadkach guzki gruźlicze tęczówki i naczyniówki podobne okazują zmiany kliniczne jakie spotykamy u ludzi. Pierwszą objektywną zmianą były zmiany na tęczówce, później na rogówce, wreszcie na spojówce i na powiekach, a na samym końcu dopiero w naczyniówce. Typowy obraz zmian tęczówkowych przedstawia się jako zgrubienie tęczówki i gruzełki tęczówki. Zmiany rogówkowe, które byłyby charakterystyczne dla gruźlicy, nie pojawiają się zbyt często. Wyniki te potwierdzają kliniczne zjawisko, że gruźlica oka u osób, które cierpią na czynną gruźlicę gdziekolwiek w organizmie jest zawsze ostrą, postępuje naprzód i przeważnie wymaga wyjęcia gałki ocznej, podczas gdy typ przewlekły gruźlicy oka zdarza się tylko u osób z drobnemi zmianami utajonej gruźlicy. Dla praktycznych doświadczalnych studjów nad charakterem gruźlicy oka ludzkiego konieczne są doświadczenia z bardzo małemi ilościami emulsji prątków gruźliczych, żywych lub zabitych, mniej lub więcej jadowitych.

Karelus (Kraków).

Archives des Maladies de l'appareil digestif.
Nr. 5. 1924.

E. Kummer. **Wyniki leczenia operacyjnego wrzodów krzywizny małej żołądka.** Rozbieżność zdań autorów co do wartości poszczególnych metod operacyjnych przy wrzodach krzywizny małej żołądka, skłoniły K. do zestawienia wyników otrzymanych u chorych leczonych w przeciągu ostatnich 8 lat na klinice genewskiej. Autor poddaje dokładnej analizie stan podmiotowy i przedmiotowy chorych, zachowanie się czynności wydzielniczej i motorycznej żołądka przed operacją, jak też i w kilka miesięcy względnie w kilku lat po zabiegu.

Wyniki przedstawiają się następująco:

1. U 50% chorych poddanych zwykłej gastroenterostomji otrzymano zupełne zniknięcie dolegliwości i prawidłową funkcję chemiczną i motoryczną. Zabieg ten, nie będąc radykalnym, przedstawia pewne niedogodności, jak pozostawienie zakazonego wrzodu (Duval), powolne bliznowacenie tegoż, możliwość nawrotów.

Autor przy stosowaniu tej metody nie zauważył nigdy wrzodu trawiennego pooperacyjnego, ani zwyrodnienia rakowatego wrzodu.

2. Resekcja poprzeczna żołądka bez następowej gastroenterostomji, wywoływała prawie we wszystkich przypadkach mniej lub więcej poważne zaburzenia funkcji motorycznej żołądka. Uzupełnienie zabiegu gastroenterostomją zapobiegałoby, zdaniem autora, wynikającym stąd dolegliwościom.

Najkorzystniejsze wyniki otrzymał autor przy stosowaniu gastro-pylorektomji. Znaczny spadek kwasoty, będący wynikiem zmniejszenia powierzchni wydzielniczej żołądka, nie wpływał niekorzystnie na przebieg trawienia u chorych operowanych.

Jedyną niedogodnością zabiegu jest znaczne zmniejszenie pojemności żołądka skąd konieczność przyjmowania małych choć częstych posiłków.

Coville. **Przypadek wrodzonej niedrożności przełyku.** Opis przypadku wrodzonej niedrożności przełyku u dziecka 4-dniowego, sprawdzonej badaniem radjologicznem.

Masa kontrastowa wprowadzona przez sondę Nelatona zatrzymywała się na wysokości górnej granicy cienia sercowego i wykazywała gruszkowate rozszerzenie przełyku.

Trudności w oddawaniu *mekonium* nasuwały możliwość wrodzonego zwężenia dolnego odcinka jelita.

Czeżowska (Lwów).

Archives of International Medicine.
Sierpień 1924.

William D. Reid. **Mechanizm dusznicy bolesnej.** Autor, na podstawie swoich rozważań i doświadczeń, przychodzi do przekonania, że brak nagłego podwyższenia ciśnienia krwi w tętnicy głównej, przy wysiłku fizycznym i zwiększonej pracy serca spowodowany jest ochronnym odruchem, wychodzącym z przedsionka przez *n. depressor* do naczyń obwodowych, powodującym rozszerzenie tychże. Objaw zwany *Angina pectoris* uważa za zaburzenie w tym odruchu, zaburzenie, skutkiem którego naczynia obwodowe w odpowiedniej chwili nie rozszerzają się, ciśnienie w tętnicy głównej podnosi się i uciska na zakończenia nerwowe tam się znajdujące, co sprawia choremu ów charakterystyczny ból.

Bockus i Eiman. **Eksperymentalne i kliniczne znaczenie zawartości cholesteryny w żółci.** Autorowie wydobywają żółć metodą Lyona, przy pomocy zgłębnika dwunastniczego i na podstawie stosunku zawartości cholesteryny w żółci wątrobowej i z woreczka żółciowego wnioskują o procesach przebiegających w woreczku. Większe różnice między jednym a drugim rodzajem żółci wskazują na zastój w woreczku żółciowym. Brak różnicy wskazuje, zdaniem autorów, na zupełne zaczopowanie przewodu pęcherzykowego.

E y s t e r i M i h e l t o n. **Studja kliniczne nad ciśnieniem krwi w żyłach.** Ciśnienie krwi w żyłach u człowieka zdrowego, pozostającego w spoczynku, w łóżku, wynosi — według badań autorów — do 11 cm wody. W tych warunkach spoczynku ciśnienie jest mniej więcej niezależne od wieku. Ciśnienie wyższe, o ile wykluczymy przypadki miejscowego zaczopowania żyły, wskazuje na niedomogę serca. Zmiany w ciśnieniu żylnem przebiegają ze zmianami objętości serca stwierdzalnemi roentgenologicznie. Takie zmiany obserwowali autorowie przy dekompensacji w chorobach serca i przy dekompensacji w przebiegu zapalenia włóknikowego płuc.

Normalnie zmiany w ciśnieniu żylnem są małe i krótkotrwałe, przy schorzeniach serca są znaczniejsze i dłużej trwające.

Zmiany w ciśnieniu i przepływie krwi w kapilarach obwodowych nie zmieniają naogół ciśnienia w większych żyłach.

Mierzenia ciśnienia krwi w żyłach są bardzo ważne ze względów rozpoznawczych, prognostycznych i jako wskaźnik do odpowiedniego leczenia.

O t t e n b e r g, R o s e n f e l d, G o l d s m i t h. **Kliniczne znaczenie próby na funkcję wątroby przy pomocy tetrachlorfenolftaleiny.** Autorowie posługiwali się metodą Rosentala, polegającą na wstrzykiwaniu wśródżylnie 5—6—7 mg barwika na 1 kg wagi ciała i obliczaniu ile jeszcze barwika pozostało w surowicy po 15 i po 60 minutach. Znaczenie ma przedewszystkiem druga porcja krwi; zatrzymanie 8% i więcej barwika w drugiej porcji surowicy jest próbą dodatnią.

Na podstawie badań przeprowadzonych na 103 przypadkach dochodzą autorowie do wniosku, że próba ma dość wielkie znaczenie lecz tylko w pewnych granicach. Uważają, że przedewszystkiem jest ta próba bez znaczenia przy żółtaczkach spowodowanych zaczopowaniem dróg żółciowych. Po krótkotrwałem zaczopowaniu zdolność wydzielania barwika wraca szybko, lecz jeśli zaczopowanie trwało dłużej, powrót do prawidłowej czynności przeciąga się na tygodnie. Powolniejszy powrót do czynności prawidłowej obserwowali także po włóknikowem zapaleniu płuc połączonem z lekkiem uszkodzeniem wątroby

Bardzo dobre usługi oddaje próba przy rozpoznawaniu takich schorzeń wątroby, jak marskość i zastój krwi w tejże. Pozytywnych prób bez schorzeń wątroby autorowie nie obserwowali. W 5 przypadkach próba zawiodła (3 przypadki kilaków wątroby, 2 przypadki przerzutów rakowych). Próba dodatnia wskazuje, według O., R. i G., na zmiany w wątrobie, ujemna jednak tych zmian nie wyklucza. Na podstawie tych badań i na podstawie stwierdzenia, że barwik ten nie wydziela się przez nerki ani przez jelita, uważają, że próba jest godną polecenia. Dr. *Jankowski* (Lwów).

Archiv für Experimentelle Pathologie und Pharmakologie.
B. 98. H. 1—6. 1923.

E. B e c h e r i I. J a n s s e n. **O diurezie mocznikowej.** Autorzy starają się wytłumaczyć działanie mocznika na diurezę i w tym celu wykonują doświadczenia na królikach. Z wyników otrzymanych dochodzą do wniosku, że mocznik, wprowadzony dożylnie, w ilości 2 gr na 1 kg wagi ciała, wywiera diuretyczne działanie na samą nerkę, a dopiero drugorzędnem jego działaniem jest osmotyczne przyciąganie wody z tkanek do krwiobiegu, wzmożone wydzielanie limfy i mleka. Autorzy rozszerzają wniosek o działaniu bezpośredniem na nerkę na wszystkie środki moczopędne, nie tłumacząc jednak mechanizmu tego działania.

H a n s G e s s l e r. **Wpływ piramidonu na przemianę materji.** Badania nad wpływem piramidonu na przemianę materji, przeprowadza autor w ten sposób, że oznacza w podawanych pokarmach ilość kalorji, azotu i wody. Ze współczynnika oddechowego oznacza ilość wyprodukowanych kalorji, z ilości azotu w kale i moczu, ilość przetworzonego białka a codziennem ważeniem osobnika ilość zatrzymanej wody w ustroju. Dla kontroli używa zdrowych osobników; większość swych badań przeprowadza G. na chorych gorączkujących i to przedewszystkiem ze stanem gorączkowym przewlekłym.

Podaje przez parę dni piramidon w ilości 1,5 gr. dz., i obserwuje wpływ tegoż:

1. na ogólną przemianę materji;
2. na zachowanie się soli i wody;
3. na zachowanie się azotu.

1. U osobników zdrowych z prawidłową przemianą materji, piramidon nie obniżał ciepłoty ciała: większe różnice, które znalazł Liepelt w swych badaniach, polegały prawdopodobnie na większych dawkach, ponieważ przez niego badani skarżyli się na bóle głowy i zawroty, czego u swoich chorych autor nie miał. Natomiast u chorych z podniesioną ciepłotą ciała, piramidon obniżał wybitnie ciepłotę, zmniejszając wytwarzanie ciepła.

2. G. stwierdził mierne zatrzymanie wody i wybitne zatrzymanie NaCl w ustroju przy podawaniu piramidonu. Zatrzymany NaCl opuszczał ustrój w następnych 2 dniach bezpiramidonowych. Na czem polega to działanie piramidonu na jaki narząd czy układ działa on, autor nie może wytłumaczyć.

3. Piramidon obniża rozpad ciał azotowych w ustroju, o czem świadczy zmniejszenie się ilości N w wydalinach, a że zmniejszenie się to nie polega na zatrzymaniu N, podobnej do zatrzymania NaCl, świadczy fakt, iż zmniejszone wydzielanie N trwa kilka dni po ustaniu podawania piramidonu.

Na zakończenie omawia autor swoje doświadczenie kliniczne w leczeniu piramidonem. Zaleca go podawać w chorobach gorączkowych przewlekłych, jak gruźlica, ziarniniak złośliwy, tyfus, choroba Basedowa, w dawkach 0,1—0,15, kilka razy dziennie. Dawka dzienna 1—1,6 gr.

R. I s e n s c h m i d. **Wpływ tarczycy na regulację ciepła.** Autor wycina królikom tarczycę i nie spostrzega tego tak często opisywanego wpływu tarczycy na regulację ciepła. U królików z wyciętą tarczycą i trzymanych przez kilkanaście godzin w różnych ciepłotach, od 8°—34° C, ciepłota ciała, mierzona w odbytnicy, nie przekraczała normy 38° do 40° C. Wycięcie tarczycy nie zwiększało też zaburzenia w nerwowej regulacji ciepła, które powstaje po przecięciu rdzenia piersiowego. Autor sądzi, że tarczyca nie ma dominującej roli w regulacji ciepła, a jeśli ją posiada to w stopniu nieznacznym.

P f e i f f e r i H e r m a n n. **Wpływ utraty tarczycy na regulację ciepła u morskiej świnki.** Autorzy obserwują zachowanie się dwóch grup zwierząt przy oziębianiu i ogrzewaniu; jedną grupę tworzyły świnki zdrowe, zaś drugą świnki, u których, przed 2-ma tygodniami, zniszczono tarczycę termokauterem. P. i H. stwierdzają, że po zanurzeniu zwierząt do 7° kąpieli, ciepłota ciała zwierząt bez tarczycy szybciej obniżała się i opadała o 4°—6° niżej, aniżeli u zwierząt zdrowych. Też wstrzyknięcie aspiryny do jamy brzusznej obniża ciepłotę ciała o 4° u zwierząt bez tarczycy, gdy tymczasem u zdrowych pozostaje bez wpływu. Przy ogrzewaniu obie grupy zachowywały się jednakowo. Doświadczenia powtórzone w 2 miesiące po zniszczeniu tarczycy wykazały tylko nieznaczną różnicę między obu grupami Autorzy wyciągają z tych doświadczeń wniosek, że tarczyca ma mały wpływ na chemiczną regulację ciepła.

K ü b l e r i F r i t z. **O przyzwyczajeniu do arszeniku.** Na obronę stanowiska Cloetty, przeciw któremu wystąpił Joachimoglu, przytaczają autorowie swoje doświadczenia na psach, które przyzwyczajali przez 14 miesięcy, do arszeniku. Z doświadczeń tych okazało się, że psa można w przeciągu dłuższego czasu przyzwyczaić do wielkich dawek arszeniku, i że w miarę przyzwyczajenia maleje ilość As_2O_3, wydzielanego z moczem, a zwiększa się w kale, tak, że pies przyzwyczajony do spożywania n. p. 800 mgr arszeniku dziennie wydziela mniej As_2O_3 z moczem, aniżeli pies nieprzyzwyczajony po dawce 20 mgr. Polega to na zmniejszenis się wchłaniania z jelit przyzwyczajonych. Wchłonięty arszenik wydziela się w całości przez nerki, nie ulega odkładaniu w ustroju o czem świadczy fakt, że pies przyzwyczajony do 500 mgr As_2O_3 i wydzielający z moczem dziennie 0,0142 gr

As_2O_3, po wstrzyknięciu podskórnem 20 mgr As_2O_3 wydzielił z moczem 0,0223 As_2O_3. Raz uzyskana odporność pozostaje na czas dłuższy, mimo przerwy w podawaniu arszeniku. Te doświadczenia mają udowodnić, że przyzwyczajenie się do arszeniku, polega na miejscowem uodpornieniu jelit, a nie całego ustroju.

Hirsch i Rüppel. **Doświadczenia nad znaczeniem ciąży w etjologji niedokrewności złośliwej.** Autorzy występują ostro przeciw dotychczasowym mniemaniom, jakoby obok takich czynników, jak intoksykacja z przewodu pokarmowego i kiła, ciąża miała być powodem anemji Biermerowskiej. Ich spostrzeżenia kliniczne i doświadczenia na królikach, którym wstrzykiwali sok wyciśnięty z ciężarnych macic i płodów, przemawiają za tem, że ciąża może być najwyżej momentem sprzyjającym a nigdy przyczyną.

J. Kędzierski (Lwów).

Wiener klinische Wochenschrift.
Nr. 40.

K. Grosz i E. Stransky. **W sprawie zagadnienia szkodliwości nakłucia lędźwiowego.** Na podstawie dokładnej analizy jednego przypadku, gdzie po nakłuciu lędźwiowem u luetyka wystąpiły skomplikowane objawy ze strony opon i mózgu, przychodzą autorowie do przekonania, że w powtaniu powyższych objawów należy przypisać pewną, bliżej jednak nieokreśloną rolę nakłuciu lędźwiowemu, co wszakże nie umniejsza niezaprzeczonej wartości tegoż.

O. Marburg. **Próby nieoperacyjnego wpływania na procesy, wywołujące wzmożenie ciśnienia śródczaszkowego.** Metody operacyjne, których klasycznym przedstawicielem jest wentyl Cushinga, nie są pozbawione niebezpieczeństwa, nie zawsze sprowadzają poprawę, a niekiedy nawet pogorszenie objawów chorobowych, w przypadkach zaś przebiegających pomyślnie występują powikłania w postaci wypadnięcia mózgu oraz nawroty. Dlatego starano się zastąpić operację Cushinga nakłuciem rdzeniowem (względnie komorowem), które jednak przedstawia przy guzach mózgu zabieg poważny o wyniku z reguły krótkotrwałym.

Ze środków wewnętrznych poleca autor jod, który skutkuje jedynie w wielkich dawkach (conajmniej 3 gr jodku sodowego *pro die!*), do tego 1 tabl. preparatu tarczycowego *à* 0,1 gr oraz ewentualnie preparaty teobrominowe. Mniej korzystnie wpływa t. zw. osmoterapja, polegająca na wprowadzeniu do ustroju (*per os* albo *per clysma* lub śródżylnie) hipertonicznego roztworu soli w celu obniżenia ciśnienia. Natomiast dobre wyniki daje epiglandol (2—3 tabl. dziennie lub 1 zastrzyk podsk.!); można go bez szkody podawać tygodniami i kombinować z jodem. W końcu nadmienia autor o głębokiem naświetlaniu promieniami Röntgena splotów naczyniowych mózgu. Naświetla się dwa boczne pola względnie, celem uniknięcia wypadania włosów, dwa pola od strony szczęki dolnej, a mianowicie po 8 H przez filtry z 1,0 mm cynku i 4 mm glinu; po 8 tyg. ewentualnie powtórzyć. Wyniki nawet w rozpaczliwych przypadkach wprost świetne.

E. Redlich. **Czy może istnieć brak odruchów ścięgnistych jako cecha zwyrodnienia?** Aby uznać brak odruchów ścięgnistych jako cechę zwyrodnienia, musi się mieć pewne dane, z których najważniejsze są:

1. stały brak odruchów ścięgnistych od urodzenia wzgl. conajmniej od najwcześniejszej młodości;
2. brak objawów choroby, któraby mogła spowodować zanik odruchów ścięgnistych oraz brak takowej w anammezie;
3. brak nietylko jednego odruchu ścięgnistego, ale całej grupy odruchów ścięgnistych;
4. brak jakichkolwiek zmian anatomo-patologicznych w układzie nerwowym (ośrodkowym i obwodowym) oraz mięśniowym przy ewent. autopsji.

Ponieważ opisane w piśmiennictwie przypadki nie odpowiadają po większej części nawet najprostszym z wymienionych warunków, przeto autor uważa na podstawie dotychczasowego, skąpego zresztą materjału za niedopuszczalne uznać brak odruchów ścięgnistych u osób pozornie zdrowych poprostu jako *stigma degenerationis*.

A. Schüller. **Typ przysadkowy niemocy płciowej.** Niemoc płciowa jest jednym z najwcześniejszych, najczęstszych i najuporczywszych objawów schorzenia przysadki mózgowej, zwłaszcza t. zw. choroby Froelicha (*dystrophia adiposogenitalis*). Klinicznie można choroby przysadki podzielić na 5 grup:

1. *Akromegalia* i *gigantismus pituitarius;*
2. *Dystrophia adiposogenitalis* i *nanosomia pituitaria;*
3. typ przysadkowy niedomogi wielogruczołowej;
4. postacie poronne (*formes frustes*) powyższych grup;
5. przypadki atypowe.

Rozpoznanie zespołu przysadkowo-płciowego opiera się z jednej strony na wykluczeniu innych przyczyn niemocy płciowej, z drugiej zaś na stwierdzeniu istnienia i rodzaju schorzenia przysadki, a najtrudniejszem bywa oczywiście w przypadkach atypowych; tu okazały się pomocnemi spostrzeżenia Liebesny'ego, że w tych razach występuje zmniejszenie specyficznie dynamicznego działania białka w podstawowej przemianie materji, oraz Raaba, że prócz znanych cech roentgenograficznych chorób przysadki charakterystycznem jest wydłużenie i zgrubienie grzbietu siodełka tureckiego. Leczenie w przypadkach, w których operacja ani naświetlanie promieniami Röntgena nie odniosły skutku, polega na opoterapji, a więc podawaniu preparatów z przysadki oraz jąder jakoteż wszczepieniu jąder ludzkich lub zwierzęcych.

Dr. *Adam Finkiel* (Lwów).

Archiv f. Ohren- Nasen- u. Kehlkopf.
T. CXII. Z. 1.

Roseno. **Znaczenie obrazu mikroskopowego krwi dla rozpoznania i leczenia ropnego zapalenia wyrostka sutkowego.** R. na 22 przypadkach stwierdził leukocytozę ze znacznem powiększeniem wielojądrzastych, których ilość dochodzi do 80—88%. R. sądzi, że badanie krwi może pomóc do ustalenia czasu operacji.

Leichsenring. **Przyczynek do powikłań ze strony zatoki poprzecznej pochodzenia usznego.** L. podaje jedyny w swoim rodzaju przypadek, gdzie chory z ropnia, który zajmował wyrostek i okolicę poniżej wyrostka wymasowywał sobie ropę do jamy bębenkowej a z jamy bębenkowej ropa, przy nachylonej ku przodowi głowie, wypływała przez nos. Przypadek został wyleczony operacyjnie.

Specht. **Przyczynek zmian białaczkowych w górnych drogach oddechowych.** Obrzęk pod postacią *Laryngitis subglottica* okazał się naciekiem białaczkowym. W przypadku tym stwierdzono też zmiany na kościach twarzy, na kręgach i mostku oprócz zmian w śledzionie, gruczołach chłonnych i wątrobie.

Przypadek skończył się śmiercią w pół roku od początku choroby.

Zalewski (Lwów).

Wraczebnoje Dieło.
Nr. 5, 6 i 7. 1924.

N. Kudriawcewa i I. Zurawlewa. **Wpływ substancyj znużenia na psychomotoryczne ośrodki mózgu.** Pracujący mięsień jest zbiornikiem substancji metamorfozy chemicznej. W związku z powyższym faktem powstaje zagadnienie co do wpływu ich na ośrodki psychomotoryczne z chwilą przedostawania się tych substancji do prądu krwi. W tym celu autorki przedsięwzięły doświadczenia na psach, wstrzykując do żyły biodrowej kwas mlekowy lub jego sole. Następnie otwierano czaszkę i zapomocą drażnienia elektrycznego w okolicy *gyrus postcrutiatus* wyszukiwano ośrodek psychomotoryczny. Skurcze były notowane kimografem. Doświadczenia wykazały, że pobudliwość ośrodka psychomotorycznego pod wpływem kwasu mlekowego i mlekanu sodowego wyraźnie się obniża. Nieznaczne ilości kwasu mlekowego, powodujące znaczne obniżenie pobudliwości ośrodków psychomotorycznych, nie wpływają natomiast zupełnie na białą substancję podkorową lub na ruchowe pnie nerwowe.

M. Gluzman. **Wpływ usunięcia gruczołów wewnętrznego wydzielania na wytwarzanie ciał odpornościowych.** Autor podaje wyniki immunizacji królików i psów, pozbawionych

operacyjnie jąder i tarczycy. Okazało się, że trzebienie nie osłabia zdolności ustroju do wytwarzania ciał odpornościowych, dających się wykazać *in vitro et in vivo*. Zdolność ta nie zmienia się ani po operacji ani też w następowym dalszym okresie. Podobne wyniki daje również jednoczesne trzebienie i usunięcie tarczycy. Doświadczalne zwierzęta w stanie nawet daleko posuniętego wyniszczenia wytwarzają przeciwciała zupełnie podobnie jak zwierzęta normalne. Psy, pozbawione tarczycy, niczem się nie różnią pod względem wytwarzania ciał odpornościowych od zdrowych.

M. Jasinowski. **O pochodzeniu ciałek ślinowych.** W ślinie spotykamy dwa rodzaje pierwocin uorganizowanych: 1. komórki nabłonkowe i 2. znacznie mniejsze okrągławe ciałka, nazwane ciałkami ślinowemi. Kwestja pochodzenia tych ciałek zainteresowała autora, który badając wydzielinę własnej jamy ustnej zapomocą płukania rozczynem fizjologicznym, w najrozmaitszych okresach dnia, określał ilość ich w kamerze »Ocular Ehrlich«. Dalej badał poszczególne odcinki błony śluzowej jamy ustnej specjalnie skonstruowanym przyrządem. Okazało się, że błona śluzowa całej jamy ustnej zdolna jest do wydzielania w ciągu całej doby tych ciałek ślinowych. Autor wnioskuje z analogji zachowania się błony otrzewnowej jamy brzusznej, że ciałka ślinowe są niczem innem, jak wywędrowanemi leukocytami z naczyń krwionośnych poprzez warstwę nabłonkową błony śluzowej. Wpływy termiczne w doświadczeniach autora nie odgrywały roli na wytwarzanie się tych ciałek, co zrozumiałem jest ze względu na przyzwyczajenie doń tej błony. Szereg stosowanych chemicznych odczynników wykazał, że sublimat wybitnie wzmaga wydzielanie się ciałek ślinowych, co tłumaczy się odczynem zapalnym. Badania nad chorą, a więc zapalnie zmienioną błoną śluzową, zwłaszcza w przebiegu gnilca, wykazało wyraźne zwiększenie się ilości tych ciałek. Z tych doświadczeń wnioskować można, że istnieje proces stałej emigracji leukocytów, podobnie, jak to widzimy przy sprawach zapalnych. Dostrzeżony fakt byłby dowodem fizjologicznego prototypu sprawy zapalnej. Większość spraw patologicznych przy szczegółowym rozbiorze okazałaby się nie jako pierwotne zmiany, lecz byłaby modyfikacją prawidłowych procesów fizjologicznych.

K. Płatonow i G. Wolwowski. **Hipnonarkoza w chirurgji, ginekologji i położnictwie.** Praktyka autorów upoważnia ich do zalecenia znieczulenia hipnotycznego w chirurgji, ginekologji i położnictwie. Przewaga tego znieczulenia nad chemicznem wyraża się brakiem trującego działania na układ nerwowy i pozwala na uniknięcie przykrych objawów, tak często notowanych po znieczuleniu ogólnem. Przy porodach długo trwających wskazanem jest posthipnotyczne znieczulenie wraz z dłuższym snem. W przypadkach, w których znieczulenie hipnotyczne nie występuje szybko, autorowie stosują kombinowane metody Kirsteina i Halauera. Najlepsze wyniki otrzymywali autorowie w przypadkach, w których chory nie był uświadomiony co do czasu zabiegu operacyjnego. Wskazanem jest również stworzyć choremu przyjemne emocje, odciągające uwagę jego od operacji. Autorzy podają szczegółowy opis 15 wykonanych operacji w hipno-narkozie.

B. Zakusowa. **Działanie jadów na naczynia wyodrębniowych nerek człowieka i zwierząt w przebiegu różnych schorzeń.** Doświadczenia autorki wykazały, że zmiana odczynów naczyniowych na różne substancje zależy przedewszystkiem od charakteru sprawy chorobowej lub zatrucia. Fakt powyższy jest rzeczą bardzo ważną dla klinicysty, iż naczynia oddziaływują w różny sposób na najrozmaitsze środki lecznicze. Uderzająca jest zmiana naczyń nerkowych w płonicy, w przebiegu której nerki przedewszystkiem wykazują wybitne zmiany. Prócz zmian w odczynie naczyń na jady w stanach patologicznych daje się również zauważyć zmianę napięcia naczyń nerkowych o czem sądzić można przy przepłukiwaniu nerki płynem Ringer-Locke'a; niejednostajny odpływ płynu tego z żył nerkowych w przeciwstawieniu do doświadczeń na nerkach zdrowych przemawia za zaburzeniem normalnego napięcia naczyniowego i ich rytmiki. Przedstawione doświadczenia dowiodły, że używane naczynia, pochodzące ze zwłok, w zupełności się nadają do przeprowadzenia badań naukowych.

Grupsztein. **W sprawie obrzęków.** Autor opisuje spostrzegany przypadek kliniczny, który najdosadniej potwierdza zdanie Eppingera, że hormon tarczycy, nie oddziaływując na nerki, wpływa przedewszystkiem na regulację przemiany soli i wody wewnątrztkankowej.

E. Turbina. **Wapień i magnez — wazomotoryczni i sercowi antagoniści.** Sprzeczne wiadomości o środkach podanych w tytule skłoniły autorkę do przeprowadzenia kontrolnych doświadczeń na psach i kotach, które wykazały, że magnez hamująco wpływa na ośrodki nerwu błędnego oraz wazomotoryczne, przyśpieszając rytm serca z wyraźnem obniżeniem ciśnienia krwi. Dawka 0,2—0,3 na kg wagi wykazuje największy hamujący wpływ na nerw błędny. Dawka 0,5 na kg wagi jest śmiertelną, powodując porażenia ośrodka wazomotorycznego. Magnez wprowadzony do ustroju po wapniu znosi jego działanie i przedstawia antagonistyczne działanie względem wapnia.

E. Sztejnsznajder. **Zachowanie się zaczynów lipolitycznych w przebiegu chorób zakaźnych.** Szybkie podupadanie tkanki tłuszczowej w przebiegu chorób zakaźnych skłoniły autora do określenia zachowania się zaczynów lipolitycznych we krwi chorych zakaźnych. Sposób określenia autor stosował najprostszy według Anzio. Ustrój ludzki stara się utrzymać równowagę w wytwarzaniu lipazy. W ciężkich sprawach chorobowych zakaźnych ilość lipazy znacznie zmniejsza się. Klinicznie określenia lipazy ma doniosłe znaczenie dla prognozy, gdyż zmniejszenie się zaczynów poniżej 10 zwiastuje niechybną śmierć.

W. Janusz (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A) Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie Nr. 10: K. Rzętkowski: Klinika zaczadzenia. — E. Flatau: O wpływie radioterapji na guzy rdzenia bez uprzedniego leczenia chirurgicznego. W. Grott: Miareczkowanie odczynu Gerhardta w moczu w stanach komatycznych. — Collazo i Supniewski: Nowa metoda określania kwasu mlecznego we krwi i płynach fizjologicznych. — W. Grzywo-Dąbrowski: Przestępstwa, stojące w związku z zaspokojeniem popędu płciowego, w świetle kodeksu karnego 1903 roku, obowiązującego na ziemiach byłego zaboru rosyjskiego. — W. Sterling: Postać kurczowa i wrzekomotężyczkowa nagminnego zapalenia mózgu. — J. Mackiewicz: O znaczeniu klinicznem badania płynu mózgowo-rdzeniowego.— Dr. Szenkier: Zapiski lecznicze. — T. Hilarowicz: Pojęcie prawne praktyki lekarskiej. — J. Bujalski: Reklama lekarska.

Medycyna Doświadczalna i Społeczna T. III. Zeszyt 1—2. Lipiec-Sierpień 1924. Dr. N. Zylberblast-Zandowa: O znaczeniu ochronnem opony naczyniowej i splotów naczyniastych.— J. A. Collazo i K. Funk: Zależność ilości witamin, wymaganej przez organizm, od stosunku białka do skrobi w pożywieniu. — St. Kon i Funk: Niezwykły typ wiązania tłuszczowego w substancji pochodzenia zwierzęcego. — Dr. W. Filiński: Badania doświadczalne nad zachowaniem się ciałek białych krwi, pod wpływem drażnienia nerwu błędnego i współczulnego. — Dr. E. Herman: Badania doświadczalne nad pląsawicą Sydenhama. — N. Gąsiorowski i N. Legeżyński: Wpływ dawki, czasu unieczynniania surowicy i czasu działania ciepłoty 37° C na odczyn Sachsa-Georgiego. — Dr. St. Sierakowski: Szybka mikro-metoda rozpoznawania i wyosabniania drobnoustrojów chorobotwórczych. — J. Seydel: O zmienności odmieńca pod wpływem warunków dyzgenetycznych. — Dr. W. Chodźko: Państwo a zdrowie publiczne w Danji.

Nowiny Lekarskie. Z. 9. Wrzesień 1924. Prof. Browicz: Czy eksperymenta ostatniej doby rozjaśniają istotę raka. — Dr. F. Siedlecki: Endocarditis lenta. — Dr. Kurlus: Przyczynek do leczenia tężca. — Dr. F. Siedlecki: Pierwotne skazy krwotoczne. — Sprawy zawodowe. Kronika.

Wiadomości farmaceutyczne Nr. 41. 1. XI. 1924. E. Kahn, W. Tomczyński i St. Weil: W sprawie oznaczania toksyczności pochodnych arsenobenzolu w drodze chemicznej (c. d.). — Dr. B. Hepner i A. Likiernik: Postępy farmacji w r. 1923 Dr. St. Weil: Spis nowych środków lekarskich (c. d.). — Sprawy zawodowe. Wiadomości handlowo-przemysłowe. Nowe wydawnictwa. Kronika.

Nr. 42. 8. XI. 1924. E. Kahn, W. Tomczyński i Stan. Weil: W sprawie oznaczania toksyczności pochodnych arsenobenzolu etc. (c. d.). — Dr. B. Hepner i A. Likiernik: postępy farmacji etc. (c. d.). — Prof. J. Muszyński: Warzywa, owoce i przyprawy korzenne w Polsce w wieku XIV. Sprawy zawodowe. Kronika. Nowe wydawnictwa.

Nakładem Towarzystwa Bibljoteki i Bratniej pomocy Medyków U. J. ukażą się w połowie grudnia b. r. dwie broszury, każda objętości 5—6 arkuszy druku, a mianowicie: Prof. J. Lenartowicza: **Współczesne poglądy na patologję i terapję kiły.** Doc. Dr. F. Waltera: **Zarys badań bakterjologicznych i serologicznych chorób wenerycznych.** Przedpłatę w kwocie 4 zł. za broszurę przyjmuje Towarzystwo Bibljoteki Medyków U. J. (Kraków, ul. Kopernika 23) do dnia 15. grudnia b. r. Zgłaszający się po tym terminie mogą nabyć wymienione broszury po cenach wyższych i to o ile zapas starczy.

Opuścił prasę i jest do nabycia w księgarniach i u wydawcy (dra Polaka, Warszawa, Krakowskie-Przedmieście 1) **KALENDARZ LEKARSKI na rok 1925** zawierający: Organizację Generalnej Dyrekcji Zdrowia Publicznego, skład osobowy wszystkich urzędów zdrowia wojewódzkich i powiatowych w całem państwie, wydziałów lekarskich uniwersytetów, urzędów wojskowych, kolei żelaznych, Kasy chorych, prezydja towarzystw lekarskich w całej Polsce, skład osobowy Warszawskiego miejskiego Urzędu zdrowia i okręgów sanitarnych oraz szpitali warszawskich. Spis całkowity szpitali rządowych, samorządowych, fundacyjnych i innych w całem państwie według województw, powiatów i miast z oznaczeniem liczby łóżek w każdym. Wiadomości informacyjne fachowe (ratownictwo, otrucia, kąpiele lecznicze, tablica ciąży i t. p.). Podręcznik terapeutyczny. Kalendarz ogólny i notatnik. Cena egzemplarza oprawnego w płótno angielskie — pięć złotych. Za przesyłkę pocztową dopłaca się pięćdziesiąt groszy.

B. Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärzliche Fortbildung in 12 Monatsheften. (Monachium, J. F. Lehmann), 1924. Nr. 9. — (Cena 2 m. zł. n.) Treść: 1) Prof. Koelsch: Medycyna zawodowa: a) rak, a zawód, b) Nowsze prace z medycyny i higjeny zawodowej. — 2) Prof. Puppe i Dr. Pietrusky: Przegląd publikacji z zakresu medycyny sądowej. — 3) Prof. Müller-Hess: Przegląd toksykologiczny. — 4) Prof. Müller-Hess: Obowiązek i prawo operowania.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Towarzystwo lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 23 maja 1924.

Przewodniczy kol. Rożkowski.

I. Mag. Szydłowski wygłosił rzecz »o **neosalutanie produkcji krajowej**«. Omówił treściwie stronę chemiczną związków arsinowych (kakodyle, arrhenol, arsycodil) i kwasu arsanilowego (atoksyl, salvarsan, neosalvarsan), przedstawił dalej proces otrzymywania w fabryce chemicznej w Zgierzu krajowego neosalvarsanu czyli neosalutanu. Przetwór, otrzymany własną i niezależną od zagranicy metodą, posiada, zdaniem mówcy, wysoką wartość leczniczą i cieszy się zupełnem uznaniem lekarzy.

II. Kol. Łokczewski: 1) zreferował z piśmiennictwa francuskiego dwa przypadki **azotaemia pseudo paralytica**, omawiając na wstępie znaczenie praktyczne badania surowicy krwi na zawartość mocznika (obliczanie stałej mocznikowej Ambard'a i współczynnika azotowo-mocznikowego w niedomodze nerek i wątroby),

2) omówił nową metodę badania cewki moczowej — przez wypełnienie cewki roztworem lipjodolu i wykonanie radjogramu.

W dyskusji przemawiali koledzy: Stawnicki, Rożkowski, Konar, Bogucki, Bram i mówca.

III. Kol. Rożkowski wygłosił rzecz, »o **niedomodze oddechowej czynnościowej płuc**«. — Ukaże się w druku.

Posiedzenie naukowe w dniu 20 czerwca 1924.

Przewodniczy kol. Rożkowski.

I. Kol. Szaniawski pokazał przypadek **wodogłowia** — dziecko lat 4 i miesięcy 4 na skutek przebytej sprawy oponowej, o rozwoju umysłowym wybitnie upośledzonym, nie może chodzić, nie słyszy pomimo braku zmian w aparacie słuchowym; mówca omówił na wstępie patologję kliniczną sprawy.

W dyskusji przemawiał kol. Rożkowski.

II. Kol. Stawnicki odczytał referat z bieżącego piśmiennictwa angielskiego: »**znaczenie mocznika we krwi i moczu w zapaleniu nerek**«.

III. Kol. W. Konar omówił nowsze sposoby ilościowego określania mocznika w moczu i we krwi oraz pokazał odpowiednie przyrządy (Yvone'a i Ambard'a) i ich stosowanie.

IV. Kol. Stefan Kon odczytał pracę: »o **znaczeniu rozpoznawczem leukocytozy i szybkości opadania czerwonych krwinek w chorobach kobiecych**«.

Podług Linsenmayera: 1) szybkość opadania krwinek czerwonych powyżej 30 minut dowodzi, że mamy do czynienia ze sprawami ostro zapalnemi — z wyjątkiem jedynie pękniętej ciąży zamacicznej z dużym wylewem krwi, 2) przy szybkości opadania krwinek do 1 godziny mogą być w sprawach zapalnych jeszcze dość czynne jadowite drobnoustroje (z operacją należy poczekać), 3) przy szybkości opadania krwinek od godziny do 2 godzin można by już przystąpić do operacji, 4) przy szybkości opadania krwinek czerwonych ponad 2 godziny nie należy się obawiać nawet ukrytego zakażenia — i można śmiało przystąpić do operacji. Mówca omówił sposób stosowania metody Linsenmayera i zaznaczył jej praktyczną wartość.

W dyskusji przemawiali koledzy Stawnicki, Koniecpolski i Rożkowski, prostując w imię słuszności nazwę omawianej metody; Biernacki przed laty 30 spostrzegał i pierwszy opisał opadanie krwinek; jest to więc metoda Biernackiego. Oprócz spraw, omówionych przez mówcę, sedymentacja krwinek ma znaczenie rozpoznawcze rokownicze w gruźlicy.

Posiedzenie naukowe w dniu 26 września 1924.

Przewodniczy kol. Rożkowski.

I. Kol. Szaniawski pokazał:

1) dziecko 3 letnie z oznakami **kretynizmu** i rozpoznaniem dystrofji gruczołu tarczowego;

2) dziewczynkę 13 letnią z objawami **infantylizmu**: brak pamięci, niezdolność do rachunków, niedorozwój umysłowy; przypuszcza zaburzenie wydzielnicze gruczołu tarczowego *ex juvantibus*; po pastylkach thyreoidyny — polepszenie;

3) dziecko 10½ miesięczne, obserwowane w szpitalu, z objawami **zapalenia opon mózgowych** — *meningitis serosa*, poprawa.

II. Kol. Szaniawski wygłosił **sprawozdanie ze Zjazdu pedjatrów polskich** w Poznaniu — w dniach 23. 24. 25. czerwca b. roku.

III. Kol. Rożkowski opisał swoje wrażenia z **obchodu 50-ej rocznicy Tow. lekarskiego Lubelskiego**; omówił szeroką i wybitnie obywatelską działalność Tow. lek. Lubelskiego i podniosły nastrój przemówień na uroczystej Akademji; podkreślił małą liczbę delegatów prowincjonalnych.

IV. Kol. Łokczewski omówił z praktyki położniczej przypadek **wady rozwojowej dziecka**; był brak ściany brzusznej powyżej pępka, wątroba obnażona, pętle jelit wypadnięte i luźno ułożone (*eventratio congenita*); wobec położenia pośladkowego przypadek budził wątpliwości rozpoznawcze.

V. Koledzy Edw. Kon i Rożkowski omawiają przypadek, w którym kol. Rożkowski rozpoznał **zapalenie międzyrazowe opłucnej**. Przebieg nietypowy. Objawy rozpoznawcze: 1) ból umiejscowiony, 2) stłumienie w postaci pasa (*mati é suspendue*), 3) krwioplucie przy braku plwociny, 4) objawy fizyczne niewyraźne i niestałe: osłabienie oddechu, nieliczne rzężenia, trzeszczenia i wreszcie charakterystyczny obraz radjologiczny. Zejście: zazwyczaj wyzdrowienie wskutek pęknięcia ropnia do oskrzeli. *K. Łokczewski*, sekretarz.

Związek Lekarzy P. P. Towarzystwo Lekarskie. Okręg Łucki.

Posiedzenie naukowe z dnia 25 kwietnia 1924 r.

Przewodniczy kol. F. Milaszewski. Obecnych 11.

Kol. A. Wojnicz przytoczył 3 przypadki z kazuistyki szpitalnej: 1) **przedziurawienie tylnej ściany okrężnicy wstępującej, prawdopodobnie gruźliczego pochodzenia** 2) jak należy postępować przy **zupełnem zatrzymaniu moczu, zależnem od zwężenia cewki moczowej**, dokoła której utworzył się na międzykroczu ropień moczowy zaciekowy, 3) **rąbane siekierą rany czaszki**, drążące do mózgu, z punktu widzenia ewakuacji podobnie rannych.

1) B. B. osadnik wojskowy, lat 28, pokasłujący, w rodzinie dalszej gruźlica. 13 lutego r. b. nagle, bez powodu, dostał bólu w prawym boku, gorączkował, dreszczów i wymiotów nie było, chodził skulony. Po dwóch dniach doznał odęcia w brzuchu, bóle się wzmogły, promieniując w prawe udo, aż do kolana. Nogą ruszać nie mógł; po 4-ch dniach choroby odwieziono go do szpitala w Rożyszczach. Tam rozpoznano ropne zapalenie mięśnia lędźwiowego prawego i zauważono, poniżej więzn Pouparta, w okolicy kanału biodrowego, burczenie gazów, które przy ucisku chowały się do brzucha. Na odęcie stosowano rurkę kauczukową do odbytnicy, lecz bez skutku. Stolce bywały najczęściej po lewatywie. Na wyraźne nastawanie lekarza na przewiezienie chorego do szpitala łuckiego, chory zwlekał i dopiero po dwóch tygodniach przybył do Łucka z gorączką około 39°, z prawą nogą w pozycji jak przy zapaleniu mięśnia lędźwiowego, z brzuchem umiarkowanie wzdętym i bolesnym, przeważnie nad grzebieniem prawego talerza biodrowego, gdzie skóra była infiltrowana. W prawej pachwinie w okolicy trójkąta Skarpy przy ucisku burczenie i chowanie się gazów do miednicy. Próbne ukłucie w pachwinie ropy nie dało. W uśpieniu chloroformowem, przy pomocy kol. Kubaszewskiego, zrobiono cięcie nad grzebieniem prawego talerza — wydzieliło się około dwóch szklanek cuchnącej i brudnej ropy i w pachwinie burczenie znikło. Na drugi dzień spostrzeżono w ranie cząstki kałowe i odchodzenie gazów, wówczas ranę na boku rozszerzono ku tyłowi w stronę kręgosłupa i po przemyciu spostrzeżono w głębi dużej miednicy, na tylnej, pozaotrzewnowej

powierzchni okrężnicy wstępującej, wystający guzik jak pępek, w środku którego mały otworek zatkany ekskrementami zmięszanemi ze śluzem. Pępek ten utworzył się z wywróconej błony śluzowej kiszki. Otwór zatamponowano gazą maczaną w eterze. Z poza kiszki w dwóch miejscach sączyła się biała ropa, pochodząca z miednicy małej. Przy ucisku na prawy pośladek w okolicy otworu kulszowego większego chory doznawał ostrego bólu, pomimo, iż tkanki sąsiednie nie były zmienione. Chory leżał w łóżku z wzniesioną do góry miednicą. Tamponada kiszki była zupełna — nic się nie wydzielało, ani kał, ani gazy; opatrunki były robione codziennie. Po kilku dniach wypadnięta śluzówka schowała się do kiszki — otwór pod kompresami eterowymi zaczął się goić; co drugi dzień musiano stosować lewatywy. Jednak ropa z poza kiszki sączyła się stale i ból w okolicy otworu kulszowego dużego nie ustępował. Po trzech tygodniach bezskutecznego leczenia chory wyjechał do Lwowa, gdzie po miesiącu pobytu umarł w szpitalu. Przypadek pouczający ze względu na ważność wczesnej operacji, która być może nie dopuściłaby do utworzenia się zacieków pozaotrzewnowych w miednicy małej.

2) L. N., 32 lat, osadnik wojskowy, kawaler. Jedenaście lat temu przechodził operację na międzykroczu z powodu ropnia na tle zwężenia cewki moczowej. Po operacji pozostało zwężenie cewki moczowej nadal. W 1916 roku chorował na rzeżączkę, zwężenie cewki zwiększyło się; w roku bieżącym całą zimę oddawanie moczu utrudnione, chory miewał dreszcze, wreszcie 17 marca r. b. przybył do szpitala w Łucku z ciepłotą 38°, z ropniem w międzykroczu i zupełnem zatrzymaniem moczu. W ambulatorjum szpitalnem spróbowano kateteryzacji, gdy się to nie udało zastosowano punkcję nadłonową, przy pomocy trójgrańca Fleurant'a, pozostawiając kaniulę i w niej cienki cewnik Nelatona Nr. 12 na stałe. Były to rękoczyny, które stosowano w zeszłem stuleciu, o czem wspomina piśmiennictwo ówczesne, obecnie należało przystąpić odrazu do otwarcia ropnia na międzykroczu jak tego dokonano później i pęcherz opróżniłby się przez przetokę w cewce moczowej. W danym przypadku szczęśliwem zejściem nazwać można wygojenie się po 10 dniach przetoki nadłonowej bez powikłania zaciekiem nadłonowym. Dalsze leczenie tego przypadku polegało na uretrotomji wewnętrznej i rozszerzaniu świeczkami Beniqueta, co dokonane zostało w szpitalu lwowskim, ponieważ szpital łucki do dziś dnia narzędzi potrzebnych nie posiada.

Debaty toczyły się nad tem, kiedy i w jaki sposób stosować można punkcję nadłonową, przychylając się w rezultacie do opinji prof. Węglowskiego.

3) 10 kwietnia r. b. o 9-ej wiecz. kol. Wojnicz wezwany był przez władze sądowe i policyjne dla natychmiastowego dokonania trepanacji (tak głosił telefonogram) dziewczynie lat 23, znajdującej się od 2 godzin w szpitalu Rożyskim. Kol. W. do szpitalu przybył pociągiem o północy, chorą zastał w agonji, która trwała nie więcej nad 10 minut. Historja przypadku następująca. Z 8-go na 9 kwietnia w nocy bandyci napadli na dom kolonisty w kolonji Oleszkiewicza, odległej od Łucka o 16 klm, a od Rożyszcz o 8 i wszystkich obecnych w liczbie 8 osób pozabijali siekierą. Chora, do której wezwany był kol. W. pomimo czterech ran głębokich głowy żyła 2 dni, lecz była nieprzytomna i bezwładna. Rany miała następujące: dwie rąbane siekierą na całą długość ostrza, jedna z nich ziejąca w okolicy lewej kości ciemieniowej 12 cm długa i 2½ cm szeroka, z niej wypływał mózg, druga poniżej wklęsła szła przez lewe ucho i okolicę żwacza tej samej długości co pierwsza, dwie inne na czole bite tępem narzędziem, może obuchem, świeciła obnażona i pęknięta czaszka

Władzy sądowej chodziło o uratowanie, a przynajmniej o przyprowadzenie do przytomności, rannej jako jedynego świadka zbrodni.

Kol. Wojnicz zaznaczył, że w danym przypadku lekarz sądowy winien mieć na uwadze to, co chirurdzy wojenni nazywają segregacją i ewakuacją rannych: a więc, pierwsze, do jakiej kategorji należało zaliczyć wskazane rany głowy? Jeśli do kategorji ran niebezpiecznych dla życia, to drugie pytanie, w jaki sposób dokonać transportu rannej, pamiętając o słowach prof. Tillmansa że »transport rannych ze skomplikowanem złamaniem czaszki po drodze wyboistej i na wozach nieodpowiednich wielu nieszczęśliwców przyprawił o śmierć«. W naszym przypadku rany czaszki należały do rzędu śmiertelnych, co potwierdziła sekcja: cztery odłamki czaszki, różnej wielkości w okolicy ciemieniowej i skroniowej kości, były wgniecione w mózg, wylew krwawy w okolicy potylicy i rana mózgu sięgająca do bocznej komory lewej wyraźnie stwierdzały śmiertelny charakter zadanych ciosów.

W dyskusji brali udział: kol. Miłaszewski, Szaniawski, Kubaszewski, Dobrowolski, Mininzon i inni przytaczając obserwowane przypadki zranienia czaszki i sposoby leczenia, rozpoznawania i prognozy. Niektórzy wypowiedzieli się za koniecznością przy sądzie stanowiska lekarza sądowego, co zapobiegłoby niepotrzebnemu transportowi i niepokojeniu śmiertelnie rannych, jak w danym przypadku.

Sekretarz: *M. Jasiński.*

IV. międzynarodowy Zjazd przeciwgruźliczy i z jego powodu uwag kilka.

Odbyty w dniach od 5-go do 7-go sierpnia b. r. w Lozannie Zjazd międzynarodowego Związku przeciwgruźliczego był czwartym z rzędu, właściwie zaś był piętnastym, bo niewątpliwą jest rzeczą, że powojenna »L'Union Internationale contre la tuberculose« jest niczem innem, jak dalszym ciągiem przed wojennej »L'Association Internationale contre la tuberculose«, założonej jeszcze w r. 1902. W czasie ostatniego, przed wojną, jedenastego Zjazdu, odbytego w Berlinie w dniach 22—25-go października roku 1913, należało do związku 26 państw, w tej liczbie także Niemcy i Rosja. Obecnie bez nich do wznowionego w r. 1920 Związku zapisało się 28 państw ze wszystkich części świata, a mianowicie: Argentyna, Austrja, Belgja, Brazylja, Chiny, Czecho-Słowacja, Danja, Estonja, Francja, Grecja, Hiszpanja, Holandja, Irlandja, Jugosławja, Kanada, Luxemburg, Łotwa, Monako, Nowa Zelandja, Norwegja, Polska, Rumunja, Stany Zjednoczone Ameryki Północnej, Szwajcarja, Szwecja, Wenezuela, Wielka Brytanja i Włochy. Organem Związku w miejsce dawnej »*Tuberculosis*« jest wychodzący od kwietnia r. b. »*Bulletin de l'Union internal. contre la tubercul.*« pod redakcją Komitetu Wykonawczego Związku w osobach: Dr. Dewez'a (Belgijczyka), jako prezesa, Sir Roberta Philip'a (Szkota), jako zastępcy prezesa i Prof. L. Bernard'a (Francuza), jako sekretarza. Nadto członkami tegoż Komitetu są: prof. Calmette (Francuz), dr. Morin (Szwajcar), prof. Kantakuzen (Rumun) i dr. Charles J Hatfield (Amerykanin). Statut i regulamin wznowionego Związku na samym wstępie uprzedza, że mają prawo przystąpić do niego tylko państwa, należące do Ligi Narodów i Stany Zjednoczone Ameryki Północnej. Organizacja Związku polega na tem, że każde z państw-członków wysyła do niego dwóch przedstawicieli, nadto państwa, liczące ponad 10 miljonów ludności, mają prawo delegować poza tymi dwoma jeszcze po jednym przedstawicielu od każdych 5 miljonów — nie więcej wszakże ponad 5 przedstawicieli. Mianują delegatów organizacje przeciwgruźlicze, obejmujące całe państwo, a w braku tychże odnośne rządy. Jest rzeczą godną zaznaczenia, że z 28 państw, należących do Związku, 9 nie posiada takich organizacyj. Polska należy do tych ostatnich i dlatego nasi dwaj delegaci są przez rząd mianowani.

Po wojnie, przed Lozańskim, odbyto trzy Zjazdy: w roku 1920 w Paryżu, w r. 1921 w Londynie i w r. 1922 w Brukseli. Na tych 3 Zjazdach obradowano: na pierwszych o naukowych metodach klinicznego rozpoznania zakażenia gruźliczego w różnych okresach wieku, jako podstawie do statystyki zachorowań i śmiertelności na gruźlicę w poszczególnych krajach; na drugim — o sposobach szerzenia się gruźlicy wśród różnych ras i o roli lekarzy w zapobieganiu gruźlicy, i na trzecim — o zapobieganiu gruźlicy w wieku przedszkolnym i w wieku szkolnym.

Po tym krótkim zarysie historycznym rozwoju Związku, przejdę do tematu w tytule oznaczonym; przedewszystkiem należy zaznaczyć, że w Zjeździe Lozańskim na wzór poprzednich trzech Zjazdów, a wbrew zwyczajom przedwojennym, brali udział tylko delegaci państw i osoby zaproszone przez Komitet organizacyjny Zjazdu. W ten sposób zorganizowany Zjazd liczył około 450 uczestników, z których każdy mógł brać udział w obradach za poprzedniem pisemnem zgłoszeniem się na miesiąc przed Zjazdem, do głosu. Z poszczególnych krajów najliczniej na Zjeździe poza Szwajcarja były reprezentowane Francja, Anglja i Stany Zjednoczone Ameryki Północnej. Z Polski było 4 uczestników obok 17 Czechów, 3 Rumunów i 1 Łotysza. Z krajów poza Związkiem brały udział, jako zaproszone: Marokko, Peru, Południowa Afryka, Urugwaj i Japonja; ta ostatnia w osobach 4 delegatów z profesorem Shiga na czele.

Po uroczystem otwarciu obrad Zjazdu przez Prezydenta Rzeczypospolitej Szwajcarskiej Chuard'a prowadził je dalej dr. Morin, przewodniczący Szwajcarskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego, sekretarzował zaś dr. Burnand obok dr. Peyera.

Pierwszym tematem obrad w opracowaniu prof. Calmette'a była **sprawa z zakresu bakterjologji i biologji prątków Kocha oraz prątków tak zwanych paragruźliczych (saprofitów) i ich wzajemnego do siebie stosunku.**

Mimo, że obie te grupy posiadają wspólne cechy morfologiczne i wspólne własności chemiczne w postaci kwasoodporności oraz barwienia się sposobem Ziehl'a, dotychczas nie udało się ostatniej grupy przeistoczyć w postać, zdolną wywołać gruzełek. Wszelkie próby, wytrwale i wielokrotnie podejmowane z przeszczepianiem laseczników zwierząt zimnokrwistych (żółwia), jak również laseczników bytujących poza ustrojem żywym, skończyły się tem, że mimo swej kwasoodporności pozostały one nadal paragruźliczemi. Naodwrót, Calmette'owi wespół z Guérin'em udało się drogą stopniowych, zmiennych (w liczbie 230), trwających 13 lat przeszczepiań i hodowli na żółci bydlęcej laseczników gruźliczych typu ludzkiego i bydlęcego dojść nareszcie do takiej ich postaci, która przy pełnem zachowaniu zdolności do wytwarzania tuberkuliny i przeciwciał traci zdolność wywoływania gruzełka. W tym okresie badań sprawa czysto naukowa zaczyna nabierać znaczenia praktycznego. Obaj badacze ostatnią hodowlę zaszczepiali młodym

osobnikom bydlęcym i ludzkim, pochodzącym ze środowiska niewątpliwie gruźliczego, i przekonali się, że ustroje szczepione stawały się uodpornionemi przeciwko zakażeniu gruźliczemu. Żywa dyskusja, którą wywołał ten referat znakomitego ftizjologa, prowadzona przeważnie przez szkołę francuzką, potwierdziła jego spostrzeżenia co do stosunku dwu grup laseczników kwasoodpornych i zachęca do dalszych prób uodporniania sposobem wynalezionym przez Calmette'a — Guérin'a.

Drugim tematem, rozstrząsanym na Zjeździe była wiecznie nowa sprawa **interwencji terapeutycznej w przypadkach ciąży u gruźliczych kobiet**. Referent tej sprawy prof. Forssner (Sztokholm) po długim wywodzie, popartym licznemi dowodami ze statystyki i praktyki, poradni (*dispensair'ów*) szwedzkich kategorycznie wypowiedział się przeciwko sztucznemu przerywaniu ciąży w danym przypadku.

W dyskusji przeważająca większość Zjazdu oświadczyła się za nim. Szczególnie gorąco poparli go z dowodami w ręku Francuzi. Opozycja była słaba i nieliczna. Wyraźnie wszakże zaznaczono, że nie wolno tu uchwalać ogólników, że indywidualizacja winna być stosowana w każdym poszczególnym przypadku przy rozstrzyganiu o potrzebie zabiegu. Przy sposobności rozpraw w tej sprawie należy podkreślić wybitną rolę należycie urządzonych i prowadzonych poradni przeciwgruźliczych, które dostarczyły tu badaczom obfitego, na nauce opartego materjału do wyprowadzania ścisłych wniosków.

Referat w trzeciej sprawie **wpływu zorganizowanej walki z gruźlicą na spadek śmiertelności z tej choroby** objął najbardziej powołany do zabierania w niej głosu R. Philip, twórca Edynburgskiego systemu walki z gruźlicą, o którym to szczegółowo pisałem jeszcze w r. 1914 w majowym zeszycie »Zdrowia«. Wówczas wszakże nie wszyscy jeszcze doceniali dzieła wybitnego Szkota. Obecnie zaś na Lozańskim Zjeździe święcił on wespół z Calmette'm zasłużony trjumf. Spotkany owacyjnie przez uczestników Zjazdu ten wytrawny i wytrwały wódz w walce z gruźlicą na przykładzie Szkocji, Anglji i Stanów Zjednoczonych, w których to śmiertelność z gruźlicy z 30—40 w r. 1890 na 10.000 ludności spadła w r. 1920 na 10, postawił tezę, że s y s t e m a t y c z n a, p l a n o w a, s p o ł e c z n a w a l k a z g r u ź l i c ą n i g d y n i e z a w o d z i i p r o w a d z i z a w s z e d o p o m y ś l n y c h w y n i k ó w.

Z dyskusji, która z konieczności wobec nieobecności takiego, jak Niemcy uczestnika musiała obracać się przy roztrząsaniu tego doniosłego a rozległego tematu w dość ciasnem kółku statystyki kilku krajów, wynikło, że Danja tak, jak przed wojną może w chwili obecnej szczycić się najniższą śmiertelnością bo 9 na 10.000; Szwajcarja zaś od r. 1890 do 1920 otrzymała spadek z 40 do 13. Są to wyniki wybitne i jak zobaczymy niżej na przykładzie miasta Lozanny, otrzymane uporczywą planową akcją, której przyświecały wzory Philip'a i Calmette'a. Przy dalszych rozprawach Francuzi podnieśli znaczenie stworzonego u nich jeszcze w r. 1903 czynnika w postaci t. zw. l'Oeuvre Grancher. Lecz o nim będę mówił niżej, gdy przejdę do odczytu prof. L. Bernard'a. Zbierając wyniki rozpraw nad powyższym zasadniczym w społecznej walce z gruźlicą tematem, zaznaczyć pragnę, że jednak po wojnie wyraźnie daje się zauważyć w innych też krajach, nietylko u nas, zwolnienie tempa i rozmachu ruchu przeciwgruźliczego. Każdy z uczestników zjazdów przedwojennych ma w swej pamięci, jak rozmaite kraje, nawet najbardziej wówczas pod względem politycznym upośledzone, jak Finlandja lub Irlandja, prześcigały się z sobą w zdobywaniu, jeżeli nie sukcesów to przynajmniej środków do zwalczania gruźlicy. Na każdym z przedwojennych Zjazdów wystarczyło tylko chcieć, aby otrzymać całe stosy sprawozdań poszczególnych krajów z owoców walki, ze zwycięstw nad gruźlicą, co dawało po każdym Zjeździe dość dokładny przegląd zdobyczy i ogólny obraz walki we wszystkich niemal krajach cywilizowanych. Na ostatnim Zjeździe tylko Danja i Szwajcarja, pomijając Wielką Brytanję i Stany Zjednoczone, o których mówił Philip, przedłożyły dokładną statystykę. Ani Szwecja, ani Norwegja, które poczyniły przed wojną nader interesujące próby z odosobnieniem chorych na zakaźną postać gruźlicy i w których udział państwa w ruchu przeciwgruźliczym jest nader wybitny, ani żadne z innych czynnych, jak n. p. Holandja, przed wojną w walce z gruźlicą państw nie wykazało się obecnie sporządzeniem bilansu akcji swej w tym kierunku. Obowiązek sprawozdawcy wymaga odemnie zaznaczenia, że dostało się do moich rąk sprawozdanie Sowietów, ale nic dokładnego nie potrafiłbym na podstawie tegoż o społecznej walce w Rosji z gruźlicą powiedzieć wobec chaotycznego podania faktów, streszczających się w istnieniu sanatorjów i poradni przeciwgruźliczych.

Wyraźnie odczuwa to się na Lozańskim Zjeździe, że społeczeństwa cywilizowane przygniata zmora niewyrównanych rachunków powojennych, która nie pozwala im na rozprostowanie jeszcze przygniecionych członków do walki o wyzwolenie człowieka z jarzma choroby wogóle, a gruźlicy w szczególności. Nadto zabrakło takich przodowników, których śmierć zabrała, jak Saugman, Klaus Hanssen, Biggs, Landouzy, jak nasz Alfred Sokołowski. Nie znaleźli oni na Zjeździe godnych siebie następców i dlatego, gdy się uwzględni nadto nieobecność Niemców, nic dziwnego, że poziom rozpraw Lozańskiego Zjazdu nie dorównał przedwojennemu.

Dwa popołudnia 5 i 6 sierpnia były poświęcone 2 odczytom prof. Sahli'ego i prof. L. Bernard'a. Jako przeznaczone nietylko dla uczestników Zjazdu, ale również dla szerszej publiczności popularyzowały one znane ideje i myśli. Wykładając o **walce ustroju z lasecznikiem gruźliczym** Sahli w ostatecznym wywodzie propagował swoją ideję o stosowaniu tuberkuliny, Bernard zaś z wielką swadą popularyzował **zapobieganie gruźlicy w wieku dziecięcym** zaczynając od oseska a kończąc na wieku szkolnym. Najdłużej zatrzymał się nad sprawą oddzielenia dziecka ze środowiska zakażonego gruźlicą i tutaj rozwinął przed słuchaczami obraz działalności instytucji czysto francuskiej, tak zwanej l'O e u v r e G r a n c h e r. Wyniki tej akcji są tem bardziej pouczające, że ma ona za sobą już 20 lat doświadczenia. Założona w r. 1903 przez prof. Grancher poza Paryżem, gdzie została zapoczątkowana, objęła całą Francję. Działalność tej organizacji polega na tem, że usuwa ona dzieci ze środowiska zakażonego gruźlicą i umieszcza na wsi w rodzinach włościańskich, które dają rękojmę pod względem zdrowotnym. Dla dozoru nad temi dziećmi są zakładane osobne poradnie, które za pośrednictwem swych lekarzy i opiekunek bacznie czuwają nad zdrowiem dzieci. Bilans dwudziestoletniej działalności l'Oeuvre Grancher wykazuje 2.500 umieszczonych w ten sposób dzieci, z których tylko 7 zapadło na gruźlicę i to o zejściu niekoniecznie śmiertelnem.

Planowa i sprężysta organizacja Zjazdu wyzyskała każdą niemal chwilę, aby nie upłynęła bez pożytku dla jego uczestników. Najkrótsze nawet przerwy między obradami, odczytami i niezbędnemi posiłkami były poświęcone zwiedzaniu instytucji przeciwgruźliczych Lozanny i Ligi przyciwgruźliczej kantonu Vaud, którego stolicą, jak wiadomo, jest właśnie to miasto.

Przechodząc do **opisu systemu zwalczania gruźlicy, przyjętego przez tą ostatnią**, zastrzedz się z góry wypada, że co stworzył kanton Vaud z Lozanną na czele, to w mniejszym lub większym stopniu powtórzy się w olbrzymiej większości innych Szwajcarskich kantonów — w sumie zaś da obraz społecznej walki z gruźlicą w całej Rzeczypospolitej Helweckiej, z której jak wyżej nadmieniłem, może szczycić się wybitnemi wynikami i zdobyczami na tem polu. Jest uderzającym faktem, że znaczna część instytucji przeciwgruźliczych powstała tak w Lozannie, jak w wielu innych miejscach Szwajcarji w czasie dziesięciolecia światowej wojny i bezpośredniego po niej okresu powojennego.

Jeszcze w roku 1913, kiedy to praktycznie studjowałem instytucje poszczególne, jak „całokształt" walki z gruźlicą w Szwajcarji, nie wybiegała ona pod tym względem poza poziom innych zachodnich krajów Europy, obecnie zaś ze swoją śmiertelnością 13 na 10.000 ludności zajmuje jedno z przodowniczych miejsc w międzynarodowym ruchu przeciwgruźliczym. Zawdzięcza to wytrwałej, planowej, wszechstronnej społecznej akcji. Odnośny ruch w Lozannie i w kantonie Vaud rozpoczął się dość późno, bo dopiero w r. 1907 przez założenie poradni przeciwgruźliczej przy Poliklinice Uniwersyteckiej, ale odrazu oparty na wzorach systemu Edynburskiego Philip'a uniknął jednostronności tak niemieckiej, jak francuskiej. Nie zasklepiając się w jednym jakimś czynniku walki z gruźlicą, odrazu poradni, urządzonej i prowadzonej według wzoru Calmette'a, przeznaczył ośrodkowe miejsce, około którego zgrupował i skoordynował szereg zakładów zapobiegawczych i leczniczych. Zapobieganiu wyznacza rolę naczelną, w którem to ochrona dziecka wysuwa się na plan pierwszy. Dlatego w samej Lozannie i w jej okolicy w kierunku Morges i Vevey nad Lemanem spotykamy szereg instytucyj, przeznaczonych do hartowania dzieci wątłych i zagrożonych gruźlicą. Już same nazwy mówią o ich przeznaczeniu, że wymienię najważniejsze:

1. La Cure préventive de soleil et de gymnastique à Vidy Plage;
2. Préventorium pour filettes Osillons;
3. La Cure préventive d'air de Sauvabelin i t. d.

Nie będę wyliczał tu wszystkich, nadmienię tylko, że na 16 wogóle instytucyj przeciwgruźliczych aż 6 jest przeznaczonych celom zapobiegawczym i dla dzieci. Wszystkie pozostają pod kierunkiem lekarzy- specjalistów. W pierwszej z wyliczonych instytucyj setki dzieci rozwija się fizycznie zapomocą systemu gimnastyki i gier na otwartem powietrzu pod kierunkiem i ścisłym dozorem znawcy lekarza. Dla leczenia są przeznaczone: osobny oddział w szpitalu kantonalnym dla przypadków cięższych i sześć mniejszych lub większych sanatorjów, z których jedno pod nazwą Chalet Esperance stanowi oddział Sanatorjum ludowego w L e y s i n. Pozatem istnieje jeszcze jedna poradnia również typu Calmette'a przy szkole pielęgniarek. Jeżeli uwzględnić, że Lozanna liczy 65 tysięcy ludności, to należy przyznać, że jest należycie i dostatecznie przeciw gruźlicy uzbrojona.

Kończąc na tem sprawozdanie ze Zjazdu Lozańskiego zaznaczyć muszę, że dalszym ciągiem jego była naukowa wycieczka 135 uczestników Zjazdu do głównych stacyj klimatycznych Szwajcarji tej miary, co Leysin, Montana, Davos i Arosa. Po drodze wycieczka zatrzymywała się w Bernie i Zurychu, gdzie zapoznała się z tamtejszemi instytucjami przeciwgruźliczemi, między innemi ze wspaniałem Sanatorjum kantonu Berneńskiego Heiligenschwendi. Mając polecenie Tymczasowej Komisji Uzdrowiskowej Zakopanego zbadania urządzeń sanitar

nych, a zwłaszcza przeciwgruźliczych, w uzdrowiskach Szwajcarskich, najbaczniejszą uwagę zwróciłem na praktykowane w nich sposoby zwalczania laseczników gruźliczego i stan obecny porównywałem ze stanem, jaki badałem w roku 1923. Z braku miejsca wszakże jestem zmuszony odłożyć opracowanie poczynionych spostrzeżeń do innego czasu.

Tymczasem zaś, zestawiając to, co w czasie ostatniej swej podróży na Zachód, na terenie społecznej walki z gruźlicą widziałem, ze stanem odnośnej akcji u nas w Polsce, doszedłem do następujących wniosków.

Nasz udział w ogólno-ludzkim ruchu przeciwgruźliczym przedstawia się fatalnie. Sprowadza się on do tego, że rząd nasz delegował dwóch przedstawicieli do międzynarodowego Związku, którzy na własny koszt odbywają podróże na Zjazdy i tam Polskę reprezentują.

Inicjatywa i zainteresowanie społeczeństwa naszego walką z gruźlicą — wbrew wspaniałym wzorom zagranicznym — jeżeli w małym stopniu w czasie zaborów jeszcze przejawiały siebie, obecnie zupełnie zanikły tak, że w tym kierunku musi wyręczać nas rząd, którego odnośna działalność z natury rzeczy musi pozostawiać i pozostawia dużo do życzenia. Nietylko nasz ogół, ale nawet świat lekarski za pośrednictwem prasy nie otrzymują najmniejszych, choćby krótkich powiadomień o czasie, miejscu i o wynikach międzynarodowych konferencyj przeciwgruźliczych. Wówczas, gdy taka n. p. Czecho-Słowacja wysyła na koszt państwa 2 delegatów i drugich tylu na koszt Czeskiego Towarzystwa przeciwgruźliczego obok 13 innych, którzy ze Zjazdu czerpią wiedzę i naukę, gdy mała Łotwa zdobywa się na delegata od Łotewskiego Związku przeciwgruźliczego, państwo nasze nikomu nie udzieliło środków na wyjazd na Zjazd ostatni, a społeczeństwa naszego wobec braku odpowiedniej organizacji nikt nie mógł reprezentować.

Wobec takiego indyferentyzmu społeczeństwa i słabej akcji rządu nie dziwnego, że działalność na terenie zwalczania gruźlicy u nas niemal zamarła. Z istniejących prowincjonalnych Towarzystw przeciwgruźliczych przeważna część nie daje żadnego znaku życia, niektóre zaś, jeszcze żyją, ale tylko tymi zapasami środków i energji, jakie oddziedziczyły z czasu zaborców. Paląca, sama przez się narzucająca się potrzeba połączenia się tych stowarzyszeń w jedno ogólno-polskie Towarzystwo nigdy i nigdzie nie jest poruszana. Czy mamy pod tym względem stać niżej Łotwy?

Niedość tego. Nawet ten skromny dorobek, jaki z ciężkim trudem zdobyliśmy w czasie zaborów, chyli się do upadku i żaniku. Sanatorjum imienia Dłuskich zamknięte. Poradnia w Zakopanem — własność Stowarzyszenia Czerw. Krzyża — zamknięta. Sanatorjum „Bratnia Pomoc" w Zakopanem, pierwsze, jakie powstało — w r. 1900 — w Polsce, po wznowieniu swej działalności po paru miesiącach zamknięcia żyje z dnia na dzień niepewne jutra. Nie ratują tej zatrważającej sytuacji rozproszone, skądinąd pocieszające poczynania i wysiłki takich organizacji, jak n. p. Łódzka Liga, albo niektóre Kasy chorych, albo nauczycielstwo szkół powszechnych, dążących o własnych siłach do zwalczania gruźlicy, bo nieskoordynowana, idąca luzem akcja taka gotowa utonąć w otaczającym ją oceanie ogólnego indyferentyzmu.

Aby uniknąć takiego losu, jest jedno tylko wyjście — to połączenie się wszystkich polskich organizacyj, które czyto w obszernym społecznym, czyto w ciasnym własnym interesie obchodzi zwalczanie gruźlicy, w jedno ogólno-polskie Stowarzyszenie, któreby ujęło w swoje ręce całą akcję wewnątrz państwa i reprezentowało je nazewnątrz. Naturalnie, powstanie takiego Stowarzyszenia nie wyczerpie sprawy zwalczania gruźlicy u nas, będzie jeno pierwszym do tego krokiem, ale od tego należy zacząć, aby nareszcie wejść na właściwą drogę.

Praktycznie, mojem zdaniem, inicjatywy takiego połączenia mogłoby i powinno podjąć się takie zasłużone Towarzystwo Higjeniczne, jak Warszawskie, któreby na najbliższym, oby jak najprędszym Zjeździe Higjenistów Polskich na pierwszem miejscu programu postawiło ten palący postulat. Zaproszeni na ten Zjazd wysłannicy poszczególnych organizacyj mogliby przeprowadzić takie połączenie i utworzyć Polskie Stowarzyszenie Przeciwgruźlicze.

Na najbliższym Zjeździe międzynarodowym, który wyznaczono na rok 1926 w W a s z y n g t o n i e, mogliby już delegaci Polskiego Stowarzyszenia zasiąść obok delegatów innych narodowych Stowarzyszeń. Mamy na to 2 lata, czas wystarczający przy dobrych chęciach i niewielkim trudzie.

Dr. *Antoni Kuczewski* (Zakopane).

Wydział lekarski Uniwersytetu paryskiego. Rok 1925.

Kursy uzupełniające i doskonalenia.

1) **Kurs neurologji i psychjatrji** pod kierownictwem prof. C l a u d e'a i G u i l l a i n'a odbędzie się w czasie od 2 — 24 lutego w Hospice de la Salpetrière i Asile St. Anne. Obejmie on także 3 wykłady dr. V e l t e r'a z dziedziny neurologji ocznej w klinice ocznej w Hotel Dieu oraz 2 wykłady dr. L e m a i t r e'a w klinice otologicznej (w szpitalu Lariboisière). Opłata 150 fr.

Można się zapisywać na każdy kurs oddzielnie.

2) **Kurs kombinowany chorób żywienia i zakaźnych** pod kierownictwem prof. C h a u f f a r d'a, w klinice lekarskiej w szpitalu St. Antoine i prof. T e i s s i e r'a w klinice chorób zakaźnych w szpitalu Claude Bernard'a. Kurs prof. C h a u f f a r d'a, prowadzony przez współpracowników i asystentów, obejmie wykłady i badania zmian równowagi humoralnej w związku z chorobami żywienia. Program kursu prof. T e i s s i e r'a obejmuje pewne problemy chorób zakaźnych, głównie zaś zmiany równowagi humoralnej w ostrych zakażeniach. Prace w technice klinicznej i eksperymentalnej będą uzupełnieniem wykładów prowadzonych pod kierunkiem prof. T e i s s i e r'a.

3) **Kurs wyższy (całkowity) mikrobiologji i parazytologji.** Składa się on z 35 wykładów w czasie od 15 stycznia do 28 lutego, pod dyrekcją prof. B e z a n ç o n, B r u m p t'a i P h i l i b e r t'a. Każdy wykład uzupełniony zostanie zajęciami praktycznemi. 6 wykładów parazytologji odbędzie się w ostatnim tygodniu kursu. Można zapisywać się wyłącznie na tę serję kursu. Opłata — 150 f. kurs bakterjologji, 50 f. parazytologji.

4) **Kurs kombinowany ftyzjologji klinicznej i profilaktycznej.** Kursy te zaczną się 15 stycznia pod kierunkiem prof. B e z a n ç o n'a, B e r n a r d'a i S e r g e n t'a i B r o c a. Opłata wynosi 100 f. za każdy kurs oddzielnie.

5) **Kurs kombinowany medycyny eksperymentalnej i chemji lekarskiej** pod kierunkiem prof. R o g e r i D e s g r e z. Obejmie on 8 demonstracyj operacyjnych w laboratorjum patologji eksperymentalnej i 7 lekcji z zakresu chemji lekarskiej (badanie elementów zasadniczych ustroju, fermenty, trawienie, płyny ustrojowe, mleko etc.). Opłata 100 fr. za każdy kurs.

6) **Kursy kombinowane położnictwa i ginekologji** pod kierunkiem prof. C o p v e l a i r e'a, B r i n d e a u i J. L. F a u r e'a, od 1 lutego do 3 marca. Opłata za każdy kurs 100 fr.

W klinice lekarskiej w Hotel Dieu, pod kierunkiem prof. G i l b e r t'a, przy pomocy prof. V i l l a r e t'a, kursy uzupełniające w czasie wakacji:

a) od 30 marca do 11 kwietnia: kurs w sprawie najnowszych zagadnień praktycznych w klinice i zastosowania metod laboratoryjnych w djagnostyce;

b) od 29 czerwca do 11 lipca. kurs w sprawie najnowszych zagadnień wewnętrzno-chirurgicznych w chorobach wątroby, dróg żółciowych, trzustki i w sprawie cukrzycy;

c) od 14—28 września: zagadnienia wewnętrzno-chirurgiczne chorób przewodu pokarmowego.

W czasie wakacji codziennie o 10 h 30' wykład kliniczny przy łóżku chorego (prof. V i l l a r e t).

Klinika lekarska w szpitalu Saint-Antoine. (Prof. C h a u f f a r d).

Studja kliniczne i terapeutyczne chorób wątroby i dróg żółciowych według najnowszych zdobyczy medycyny. Kurs ten obejmie 20 wykładów, połączonych z demonstracjami praktycznemi w laboratorjum chemicznem, hematologicznem, radjologicznem i bakterjologicznem. Opłata 150 fr. Data rozpoczęcia kursu zostanie później podana.

Klinika lekarska w szpitalu Cochin. (Prof. W i d a l).

Kurs doskonalenia się pod kierunkiem prof. nadz. L e m i è r r e'a i A b r a m i'e g o.

I. Kurs 1) Choroby nerek (6 lekcyj), 2) Sposoby badania diabetyków (2 lekcje), 3) Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego (2 lekcje).

II. kurs: 1) Choroby wątroby (4 lekcje), 2) Hemoklazja i jej znaczenie kliniczne (1 lekcja), 3) Djagnostyka schorzeń tyfoidalnych, hemoklazja i serodjagnostyka (1 lekcja). 4) odczyny serodjagnostyczne (2 lekcje), 5) cytodjagnostyka wysięków opłucnowych (1 lekcja), 6) Badanie chemizmu żołądkowego i dwunastnicowego (1 lekcja).

Kursy I. i II. razem, obejmujące okres 3 tygodni, odbędą się w 3-ch serjach: 15 stycznia, 30 kwietnia i 3 września. Opłata 100 f. za każdy kurs.

Lekarska klinika terapeutyczna. (Prof. V a q u e z).

Kurs radjologji serca i elektrokardjografji obejmie 30 lekcyj teoretycznych i zajęć praktycznych. Data zostanie podana później. Opłata 150 fr.

Lekarska klinika propedeutyczna. (Prof. S e r g e n t).

Kurs doskonalenia w dziedzinie gruźlicy: A. Kurs gruźlicy szczeg. gruźlicy płuc, od 9 czerwca do 2 lipca, B. kurs gruźlicy chirurgicznej (Prof. A. B r o c a) od 3 lipca do 13 lipca. Opłata 150 f. za każdy kurs.

Kurs rewizji zdobyczy lekarskich praktycznych ostatniego roku pod kierunkiem prof. S e r g e n t ze współudziałem prof. nadzw. L i a n'a. Kurs ten odbędzie się w drugiej połowie października i potrwa tydzień. Opłata 150 f.

Kurs radjodjagnostyki lekarskiej i radjoterapji pod kierownictwem prof. S e r g e n t. Kurs radjodjagnostyki odbędzie się w pierwszej połowie marca, radjoterapji w listopadzie. Opłata 150 fr.

Klinika chirurgiczna w szpitalu Cochin (Prof. D e l b e t).

Leczenie złamań i zwichnięć kończyn z ćwiczeniami praktycznemi. Liczba uczestników ograniczona do 20. Kurs odbę-

dzie od 7—17 stycznia, od 14—24 kwietnia, od 19—24 czerwca i od 16—25 października. Opłata 150 fr.

Kliniki chirurgiczne w Hotel Dieu, Salpêtrière i Hopital de Vaugirard. (Prof. Duval, Gosset i Hartmann).

Trzytygodniowy kurs — od 22 czerwca do 11 lipca — obejmie wykłady, demonstracje kliniczne i operacje. Opłata za każdą serję zajęć praktycznych wynosi 150 fr.

Klinika chirurgiczna szpitala St. Antoine (Prof. Lejars).
Nagła chirurgja. Kurs od 1—12 lipca. Opłata 150 fr.

Klinika oftalmologiczna.

I. Objawy oczne w chorobach układu nerwowego. Styczeń. Kurs bezpłatny.

II. Kurs doskonalenia się. Od pierwszego wtorku maja do początku czerwca.

Klinika dziecięca (Prof. Marfan).

I. Higjena i klinika wczesnego dziecięctwa.

II. Klinika lekarska dziecięca, w tem też klinika chirurgiczna dziecięca (prof. Broca), w czasie ferji wielkanocnych (kwiecień — maj) i od 24 lipca do 13 sierpnia.

III. Klinika chirurgiczna dziecięca od 14 września do 6 października.

Opłata za każdy kurs 150 fr.

Wykłady o błonicy (Prof. nadzw. Lereboullet).

Rozpoznanie i leczenie błonicy. Czas trwania 15 dni. 3 razy do roku (Hopital des Enfants-Malades).

Klinika położnicza (Prof. Couvelaire).

1) Kurs elementarny praktyki położniczej: a) pierwsza połowa lutego, b) ferje wielkanocne, c) pierwsza połowa września, d) pierwsza połowa października.

2) Dyżury i kurs doskonalenia: a) patologja i leczenie położnicze (od 1—13 czerwca). 150 fr. b) patologja noworodka (14—20 czerwca) 50 fr.

3) Patologja położniczo-ginekologiczna (14—20 czerwca). 50 fr.

Klinika ginekologiczna (prof. J. L. Faure).

1) Elementarny kurs doskonalenia:

1 serja	od 22 września	do 4 paźdz. 1924.
2 »	» 17 »	» 29 listop. »
3 »	» 16 »	28 lutego 1925.
4 »	18 »	30 maja
Serja wakacyjna	od 21	3 paźdz. »

Opłata 150 fr.

2) Kurs wyższy doskonalenia:

1 serja	od 13—25 paźdz.	1924.
2 »	8—20 grudnia	
3 »	16—28 marca	1925.
4 »	19 czerwca do 4 lipca 1925.	
Serja wakacyjna	21—31 paźdz. 1925.	

Opłata 150 fr.

3) **Kurs doskonalenia w anatomji patologicznej z zastosowaniem do ginekologji** (prof. nadzw. Champy), łącznie z 3-ma serjami pod 1. i 2. Opłata 150 fr.

Klinika chorób skórnych i kiłowa (Prof. Jeanselme).

Dermatologja i wenerologja. Dwie serje odbywają się corocznie w kwietniu, maju, czerwcu, paździer., listop. i grudniu.

Każda serja obejmuje: 1) kurs zupełny dermatologji, 2) kurs zupełny wenerologji, 3) kurs prac laboratoryjnych. Opłata za każdy kurs 150 fr.

Klinika oto-laryngologiczna (Prof. Sebileau).

1) Wykłady uzupełniające obejmą 3 serje po 10 lekcji każda w grudniu, lutym i maju.

2) Doskonalenie: a) chirurgja specjalna, b) kurs chirurgji kosmetycznej twarzy od 1—15 czerwca.

3) Prace wakacyjne we wrześniu. Opłata za każdą serję 150 fr.

Klinika urologiczna (Prof. Legueu).

Kurs uzupełniający kliniczny i terapeutyczny z urologji. Od kwietnia: każdego wtorku i piątku. Opłata 150 fr.

Klinika chorób umysłowych (Prof. Claude).

Kurs doskonalenia z psychjatrji, od 20 do 28 czerwca. Opłata 150 fr.

Klinika chorób nerwowych (Hospice de la Salpêtrière). (Prof. Guillain).

1) Kurs uzupełniający neurologji. Czerwiec 1925. Opłata 150 fr.

2) Kurs doskonalenia z anatomji patologicznej układu nerwowego obejmie 2 serje:
a) od 20 października do 1 listopada 1924.
b) czerwiec 1925.
Opłata 150 fr.

Katedra Anatomji patologicznej (Prof. Letulle).

Kurs uzupełniający techniki i djagnostyki anatomo-patologicznej. Maj 1925. Opłata 150 fr.

Katedra histologji (Prof. Prenant).

Kurs techniki histologicznej. Liczba uczestników ograniczona do 20. 15 lipca. Opłata 100 fr.

Katedra parazytologji (Prof. Brumpt).

Kurs uzupełniający parazytologji od 1 listopada do 13 grudnia. Opłata 150 fr.

Katedra patologji i terapji ogólnej (Prof. Labbé).

Kurs praktyczny chorób żywienia i przewodu pokarmowego. (Badania kliniczne i prace laboratoryjne), a) od 20 lutego do 20 marca, b) od 10 czerwca do 10 lipca. Opłata 150 fr.

Szkoła wychowania dziecka (Prof. Pinard).

Program obejmie: a) eugenetykę, b) higjenę karmicielki i noworodka, c) higjena oseska, d) higjena wieku dziecięcego i szkolnego, e) organizacja administracyjna higjeny społecznej dziecka we Francji, f) demonstracje praktyczne. Czas trwania kursu — 1 miesiąc. Opłata 150 fr.

Instytut medycyny kolonjalnej

ogłasza kurs specjalny z egzaminami dający prawo do otrzymania dyplomu lekarza kolonjalnego Uniwersytetu paryskiego i lekarza sanitarnego morskiego. Opłata 380 fr.

Instytut higjeny

podaje program wykładów bakterjologji i higjeny, które odbędą się w styczniu i maju. Odbycie kursu uprawnia do otrzymania odpowiedniego dyplomu. Opłata imatrykulacyjna, bibljoteczna, laboratoryjna i egzaminowa. Razem około 370 fr.

Instytut medycyny sądowej i psychjatrji.

Kurs ten przeznaczony jest dla lekarzy francuskich i cudzoziemców, oraz dla absolwentów, którzy ubiegają się o dyplom z medycyny sądowej i psychjatrji Uniwersytetu paryskiego. Kurs ten odbywa się w ciągu całego roku szkolnego od początku listopada do końca czerwca.

Redakcja służy szczegółowemi objaśnieniami w sprawie poszczególnych kursów.

Wiadomości bieżące.

Warszawa.

Święto Sanitarjatu polskiego. Dnia 16. b. m. oddziały sanitarne armji obchodziły swe doroczne święto. Uroczystość rozpoczęła msza polowa odprawiona przez ks. prałata generała Niewiarowskiego. Na mszy byli obecni: zastępca szefa adm. jen. Zwierzchowski, komendant miasta jen. Suszyński, inspektor zakładów sanitarnych jen. Rogalski, depart. sanit. z pułk. Składkowskim i Zienkiewiczem na czele, szkoła sanitarna z pułk. Hubickim, instytut sanitarny z jen. Jakeszem, szef. san. marynarki pułk. Monsiorowski, nacz. intendent jen. Wencel, szef sanit. D. O. K. płk. Szrednicki, a poza tem misja francuska w osobie mjr. Baron'a, Czerw. Krzyż, reprezent. przez p. Tarnowską i p. Paszkowską, oraz ciało profesorskie Uniwersytetu Warsz. z rektorem Krzyształowiczem i dziekanem Czubalskim na czele. Po mszy św. złożył przysięgę 3-ci pluton szkoły Sanitarnej poczem odbyła się dekoracja dwóch oficerów i czterech szeregowych krzyżem zasługi. Uroczystość zakończyła defilada. Komendantem obchodu był pułk. Osmólski.

Dnia 16. listopada r. b. odbyła się w szpitalu św. Ducha rzadka uroczystość wmurowania za życia tablicy pamiątkowej ku czci długoletniego ordynatora tego szpitala dra med. Józefa Pawińskiego. Po uroczystem nabożeństwie w kaplicy szpitalnej, nastąpiło odsłonięcie tablicy w obecności przedstawicieli Magistratu i Rady miejskiej, Wydziału szpitalnictwa, Uniwersytetu, Izby lekarskiej, prasy oraz grona najwybitniejszych lekarzy warszawskich. Pierwszy przemówił dr. Rottermund, wiceprezydent m. Warszawy, zaznaczając, iż wmurowanie tablicy nastąpiło na mocy jednomyślnej uchwały Rady Miejskiej i składając drowi Pawińskiemu, w imieniu najwyższych władz municypalnych, hołd i podziękę za wieloletnią pracę. Lekarz naczelny szpitala św. Ducha docent dr. Bronowski podnosił zasługi naukowe dra Pawińskiego, zaliczając go do plejady zasłużonych lekarzy, jak Girsztowt, Kosiński, Chałubiński, Ignacy Baranowski, Szokalski, Leon Nencki, Ludwik i Franciszek Neugebauerowie, Sokołowski, których imiona są związane z pracą w szpitalu św. Ducha. W dalszym ciągu przemawiali: dr. Polak imieniem Towarzystwa Higjenicznego, inspektor szpitali warszawskich dr. Paderewski, w imieniu Wydziału szpitalnictwa, prof. Szymański z Wilna imieniem Uniwersytetu Stefana Batorego, dr. K. Wagner, jako przedstawiciel byłych asystentów, wreszcie dr. Jan Offenberg z grona lekarzy szpitalnych i imieniem personalu pomocniczego.

Wzruszony do głębi dr. Pawiński dziękował przedstawicielom Władz za zaszczyt jakiego doznaje, i wszystkim obecnym za udział w uroczystym obchodzie; wdzięcznem sercem przypomina swych nauczycieli Baranowskiego i Lambla, podnosi zasługi i pracę swych wszystkich asystentów, wreszcie kreśli zwięźle swe zasady i teorje, na tle ogólnem rozwoju kardiologji, kończąc słowami: *feci quod potui, faciant meliora potentes.*

Tablica ku czci dra Pawińskiego nosi napis następujący: